ARCHIVES GÉNÉRALES

DE MÉDECINE.

ARCHIVES GÉNÉRALES

DE MÉDECINE,

JOURNAL COMPLÉMENTAIRE

DES SCIENCES MÉDICALES,

PUBLIÉ

PAR UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS,

COMPOSÉE DE PROFESSEURS DE LA FACULTÉ, DE MEMBRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE, DE MÉDECINS ET DE CHIRURGIENS DES HÔPITAUX.

IIIe SÉRIE. — TOME III.



A PARIS,

CHEZ
- BÉCHET jeune, Libraire de la Faculté de Médecine, place de l'École de Médecine, n° 4;
- MIGNERET, Imp.-Libraire, rue du Cherche-Midi, n° 58.
- PANCKOUCKE, Imp.-Libraire, rue des Poitevins, N.° 14.

1837.

MÉMOIRES

ET

OBSERVATIONS.

SEPTEMBRE 1837.

Mémoire extrait des leçons cliniques de M. Velpeau *sur les tumeurs blanches ; exposition nouvelle de ces maladies*, par Gustave Jeanselme. (II[e] *et dernier article.*)

Arthropathies fongueuses.

Traitement. — C'est à l'occasion de cette variété *d'arthropathie*, qu'il convient d'examiner en détail la plupart des moyens thérapeutiques proposés contre les *tumeurs blanches* en général.

Il est inutile de dire que le traitement de l'arthropathie capsulaire doit être modifié selon l'âge, le sexe, la constitution du sujet, et les divers degrés de la maladie. Ainsi, toutes choses égales d'ailleurs, les émissions sanguines locales et générales devront être employées avec plus de réserve chez les enfants et les femmes que chez les adultes et les hommes. Il en sera de même pour les sujets d'une constitution lymphatique, ou qui auront été affaiblis par une maladie quelconque. Avant de recourir aux irritants externes, il faudra consulter l'état nerveux et la sensibilité de chaque individu. Les purgatifs et tous les irritants internes ne seront employés qu'avec ménagement, si même on n'y renonce tout-

à-fait chez les personnes dont l'estomac ou les entrailles sont naturellement ou par maladie dans un état d'irritation manifeste. Mais tout ceci se rapporte à des questions de pathologie et de thérapeutique générales que vous avez dû étudier ailleurs ; nous pouvons donc entrer immédiatement dans l'examen de la thérapeutique des arthropathies capsulaires.

Si la maladie reconnaît pour point de départ une violence extérieure et que le sujet soit adulte, robuste et bien portant d'ailleurs, il convient de recourir d'abord à une ou plusieurs saignées générales ; on applique ensuite un certain nombre de sangsues ou de ventouses sur l'articulation affectée. Ici je ne m'arrêterai point à discuter la valeur de ce qui a été avancé de nos jours sur les saignées déplétives et révulsives, et sur les sangsues en petit ou en grand nombre . ce qu'on a dit sur ce sujet est indigne du moindre examen sérieux, et se réduit à des puérilités bonnes tout au plus à capter l'admiration d'élèves de première année ; mais il est bon de voir jusqu'à quel point on doit préférer les sangsues sur la région malade plutôt qu'à son voisinage, et réciproquement. Lorsque de la douleur existe réellement dans la jointure, l'expérience démontre à qui sait la consulter que les sangsues produisent des résultats d'autant meilleurs qu'on les concentre davantage sur le point souffrant. Notons toutefois que cette concentration doit toujours être en rapport avec l'étendue de la partie affectée. Si l'articulation était à peine douloureuse et qu'il n'y eût nulle part dans son intérieur des signes de phlegmasie, peut-être devrait-on, en supposant les saignées locales nécessaires, les appliquer dans les environs plutôt que sur la jointure elle-même. Du reste c'est le seul cas où cette méthode puisse être préférable à l'autre.

Ce que je viens de dire des sangsues s'applique presque de tous points aux ventouses scarifiées. Ce dernier moyen, dont les Anglais font un si fréquent usage, n'est peut-être pas assez employé chez nous; mais comme il me parait convenir moins

dans les *arthropathies capsulaires* que dans les affections plus profondes, je ne m'y arrêterai pas pour le moment. Pendant cette première période, il faut, comme pour la suite, que l'articulation soit tenue dans un repos complet : un bain d'une heure sera donné tous les deux ou trois jours ; on tiendra des cataplasmes émollients sur l'articulation, et le malade sera mis au régime végétal, aux boissons délayantes et à l'ensemble des précautions que nécessite une convalescence un peu sérieuse. Plus tard, la saignée générale, les sangsues, les ventouses et l'ensemble du traitement anti-phlogistique pourront encore être mis en usage, mais seulement d'après l'indication de quelques symptômes, de quelques coïncidences ou de quelques complications intercurrentes ; car à moins d'un état peu avancé de la maladie, il est rare qu'on arrive ainsi à une guérison complète sans l'intermédiaire de quelques autres moyens.

Les ressources qui se présentent ensuite sont, ou des moyens locaux ou des moyens généraux. Parmi les premiers, nous étudierons successivement la valeur des pommades résolutives, des vésicatoires, des moxas, des cautères, du séton, de la compression, du fer rouge, du massage et des douches.

A. Pommades résolutives. Parmi les pommades que l'on a vantées, il en est trois que j'ai surtout mises à l'épreuve : ce sont les pommades d'hydriodate de potasse, d'iodure de plomb, et la pommade mercurielle.

La *pommade d'hydriodate de potasse* employée en frictions matin et soir sur les tumeurs blanches, est un adjuvant utile, lorsque la maladie, portant exclusivement sur les parties molles, n'est accompagnée ni de douleur ni d'aucun symptôme de suppuration; mais je ne crains pas d'affirmer que seule, c'est un remède tout-à-fait insuffisant, et qu'elle est même nuisible hors des circonstances que je viens d'indiquer. Elle ne mérite donc que très-peu de confiance dans le genre de maladie qui nous occupe.

J'en dirais autant de la *pommade d'iodure de plomb*, dont j'ai fait un fréquent usage lorsque M. Cottereau en a fait ressortir l'efficacité, si elle n'avait pas la propriété d'être plus résolutive et moins excitante. Il m'est en effet démontré par des faits nombreux, que cette pommade parvient à dissoudre des engorgements qui ont déjà résisté à l'hydriodate de potasse, et qu'elle expose moins aux érysipèles et à une exacerbation des phlegmasies chroniques. On aurait tort néanmoins de compter beaucoup sur elle dans le traitement des arthropathies. Elle est d'ailleurs indiquée dans les mêmes cas que la pommade d'hydriodate de potasse.

L'*onguent mercuriel*, que Bell a tant préconisé et dont il faisait frotter les articulations malades pendant une heure ou deux, matin et soir, est un remède plus puissant que les topiques iodurés. Je m'en suis servi très-souvent de la manière suivante : S'il s'agit de sujets jeunes ou délicats, j'affaiblis l'onguent mercuriel en y ajoutant une égale quantité d'axonge. Hors de ces contre-indications j'emploie l'onguent hydrargyrique simple. Les malades s'en frottent matin et soir toute l'articulation affectée. Ils en emploient gros comme l'extrémité du doigt ou comme une noisette, et consacrent de vingt minutes à une heure à chaque friction. Les frictions sont d'ailleurs plus ou moins prolongées, suivant le degré d'irritation qui existe dans l'articulation. S'il y a de l'inflammation et de la douleur, on les transforme en de simples onctions : dans ce cas on emploie une quantité d'onguent plus considérable et on en fait trois ou quatre applications par jour. Si la tumeur est tout-à-fait froide et indolore, je m'en tiens aux frictions prolongées à la manière de B. Bell. Après le repos, les bains, les saignées locales ou générales, après la médication purement affaiblissante enfin, ce topique m'a paru un des plus énergiques et des plus réellement efficaces. Il convient dans les arthropathies extérieures, dans les arthropathies capsulaires

simples et dans les arthropathies fongueuses. Du reste, il faut en continuer long-temps l'usage, l'associer aux bains, et surveiller son influence sur l'intérieur de la bouche. Je dois avouer cependant que seul il ne procure que rarement des guérisons complètes lorsque la maladie est avancée.

B. Vésicatoires très étendus.—On a de tout temps vanté les vésicatoires dans le traitement des tumeurs blanches. Ces révulsifs appliqués au voisinage ou à quelque distance de la tumeur, ne sont que d'une efficacité contestable. Placés sur l'articulation même, ils ont produit de véritables guérisons. La plupart des praticiens les emploient en les multipliant beaucoup et en donnant de petites dimensions à chacun d'eux. D'après la méthode commune, chaque vésicatoire offre à-peu-près la largeur d'une pièce de 5 francs. L'un est appliqué en dedans, je suppose, l'autre en dehors; un autre au-dessus; un autre au-dessous de l'articulation affectée; et ainsi de suite successivement. J'ai souvent constaté moi-même que de cette façon ils sont d'un grand secours dans une foule de cas; mais des essais maintenant innombrables m'ont prouvé que le vésicatoire peut devenir infiniment plus efficace sous une autre forme. Au lieu des dimensions indiquées, je lui en donne de tellement considérables, qu'il peut envelopper l'articulation tout entière, et dépasser d'un pouce environ les limites du gonflement. De cette façon, il ne produit pas sensiblement plus de douleur que par la méthode ordinaire. Son action sur les voies urinaires n'est pas non plus beaucoup augmentée; on pourrait d'ailleurs la modérer par l'addition d'une certaine quantité de camphre, Quelque large qu'il soit, je ne l'ai point encore vu produire de réaction fébrile; et les changements qu'il détermine dans l'articulation sont quelquefois extrêmement remarquables. Je l'ai employé plus de 200 fois depuis cinq ans, et je puis affirmer que dans aucun cas il n'a paru aggraver la maladie, tandis que le plus souvent il n'a

pas été possible de révoquer en doute son efficacité. On peut compter sur sa puissance toutes les fois que les couches placées entre la capsule et les téguments sont seules affectées, soit qu'il s'agisse d'un simple état lardacé des tissus, soit qu'il existe quelque infiltration de fluides dénaturés dans leurs mailles. Les phlegmasies chroniques de la capsule proprement dite lui cèdent rapidement. L'arthropathie fongueuse elle-même, si tenace et si rebelle, est puissamment modifiée par ce moyen lorsque les parties dures ne participent point au mal ; mais c'est l'arthropathie avec épanchement séro-synovial qui cède surtout d'une manière vraiment étonnante à ces vastes vésicatoires.

J'ai vu si souvent les différentes nuances d'arthropathie que je viens d'indiquer, s'améliorer au-delà de toute espérance dans quelques semaines par l'emploi de ces *vésicatoires monstres*, que je ne puis trop engager les praticiens à tenter ce moyen. Je prescris d'abord un bain ; le grand vésicatoire est appliqué le lendemain ; on l'enlève au bout de 24 heures ; si la tumeur est peu irritable, je fais immédiatement détacher l'épiderme : dans le cas contraire on se borne à faire des mouchetures sur les phlyctènes pour donner issue à la sérosité. Dans tous les cas la surface dénudée doit être recouverte de papier brouillard enduit de cérat. Ce pansement, renouvelé chaque matin, dessèche la surface suppurante dans l'espace de trois à six ou huit jours. Alors je laisse le malade tranquille, tant que la tumeur paraît diminuer. Dès que la résolution semble vouloir s'arrêter, je prescris un second bain ; on applique un nouveau vésicatoire, et on se comporte de nouveau comme je viens de le dire. Le premier effet de ce topique puissant est de ramollir la tumeur, de la rendre plus fluctuante. Ce double phénomène se remarque souvent dès le lendemain. Quelquefois le volume de la tumeur diminue presque immédiatement ; mais le plus souvent il reste stationnaire, paraît même augmenter un peu pendant deux ou trois jours,

et ce n'est qu'à partir de la dessication de l'exutoire que la capsule se vide réellement.

Obs. IIe. Parmi les exemples sans nombre que je pourrais citer (depuis 4 ou 5 ans, il ne sort guères de mon service d'articulation malade qui n'ait subi ce traitement), je rappellerai celui d'un jeune homme âgé de 19 ans, venu de la campagne et qui portait au genou gauche une tumeur blanche datant de 8 mois. L'articulation, qui avait un volume double de l'état normal, offrait tous les caractères de l'arthropathie fongueuse avec épanchement considérable de sérosité synoviale dans la capsule. On avait essayé en vain les pommades résolutives et les moyens internes. Je fais appliquer un *vésicatoire-monstre*, et, ceci est à la lettre, au bout d'une semaine nous constatâmes une diminution de près de moitié dans le volume de ta tumeur. Quinze jours après j'ordonne un autre vésicatoire sans avoir recours à aucune autre médication; et le jeune homme, dont je protégeai l'articulation par un bandage contentif, sortit parfaitement guéri après six semaines de séjour à l'hôpital.

Obs. IIIe. On a pu voir l'année dernière, au numéro 44 de la salle Sainte-Vierge, un domestique anglais qui avait le genou droit d'un volume énorme. La maladie datait de dix mois; tout avait été tenté inutilement; la capsule distendue outre mesure paraisait remonter jusqu'au tiers moyen de la cuisse et s'étendre jusqu'à l'épine du tibia par en bas, en même temps qu'elle s'étalait largement de chaque côté jusque dans le jarret. Les bosselures, l'aspect fongueux, la fluctuation sourde et profonde indiquaient une arthropathie des plus graves et des plus avancées. Un vésicatoire d'un pied de long sur 10 pouces de large, fut appliqué sur cette vaste tumeur; nous y revînmes trois fois en 5 semaines, et en moins de deux mois le genou reprit son volume naturel.

Obs. IVe. Nous avons eu dans la salle Sainte-Catherine une femme qui fut donnée comme sujet de leçon à l'un des candidats pour la chaire de clinique chirurgicale alors vacante à la Faculté. Cette femme avait le genou droit plus volumineux qu'une tête d'adulte, couvert de bosselures et offrant tous les caractères du *fongus articulaire* le plus développé qu'on puisse imaginer. Les juges et les candidats émirent l'opinion que ce cas serait probablement au-dessus de toute ressource, que l'amputation seule pourrait en débarrasser la malade. Cependant deux *vésicatoi-*

res-monstres ont suffi pour résoudre cette masse énorme et pour réduire le genou à des dimensions presque normales. Seulement la capsule ainsi débarrassée des fongosités et du liquide qui la distendaient, s'est à la fin trouvée trop large, de telle sorte que l'articulation n'a jamais pu reprendre sa solidité primitive. C'est à tel point que la jambe a pu dès-lors être luxée en arrière et ramenée en avant à volonté, qu'elle est devenue mobile sur la cuisse, à peu près comme une jambe de *polichinelle*.

Si c'en était le lieu, j'aurais à produire ici une telle quantité d'observations détaillées, qu'il ne pourrait plus rester de doutes sur les avantages du vésicatoire ainsi employé.

Du reste, le *vésicatoire monstre*, comme le vésicatoire volant ordinaire, peut être utilement associé aux autres moyens précédemment indiqués. Il doit même assez souvent être aidé par eux. Ainsi le repos, les bains, quelques saignées de bras, si l'état de la circulation l'indique, des pommades résolutives après deux applications épispatiques, ne sont pas à négliger.

C. — Les *cautères* et les *moxas* ont été moins souvent essayés par moi que les vésicatoires et les pommades résolutives. Leur action m'a paru excessivement lente, et je ne crois utile de les employer qu'après avoir vainement tenté toutes les autres médications. Nous verrons plus tard qu'ils conviennent mieux dans les arthropathies profondes que dans le genre d'arthropathie qui nous occupe en ce moment. Il est vrai cependant que deux cautères ou deux moxas placés au delà des limites de l'articulation, que d'autres promenés à la surface même de la tumeur, ne seraient pas à dédaigner, si la maladie était ancienne, si la tumeur était tout-à-fait indolente, d'aspect fongueux, et bosselée très irrégulièrement. Au total ils m'ont paru mieux indiqués pour compléter une guérison déjà avancée que pour la provoquer de prime-abord.

Ce que j'ai dit des cautères et des moxas s'applique encore mieux au *séton*, que quelques chirurgiens ont tant vanté au commencement de ce siècle. Passé à travers la capsule, comme

on a osé le conseiller, le séton est excessivement dangereux; placé à quelque distance, au-dessus ou au-dessous, il agit comme les cautères et les moxas, et ne mérite pas plus de confiance.

D. Compression. — La compression est un moyen dont la chirurgie avait trop négligé l'emploi jusqu'à ces derniers temps. Ayant vécu sous un maître qui en comprit de bonne heure toute l'importance, j'appris dès le principe de mes études à l'appliquer fréquemment. De 1816 à 1820 je fus si souvent témoin de ses bons effets dans le service de M. Bretonneau, à l'hôpital de Tours, que je m'empressai à mon tour d'en montrer l'efficacité aussitôt que j'en trouvai l'occasion dans les hôpitaux de Paris. Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis 1819, la compression a trouvé de nombreux partisans. Comme tous les moyens vraiment utiles, elle a rencontré des chirurgiens qui en ont exagéré la valeur. Quelques praticiens en ont ensuite tellement dénaturé l'emploi, qu'ils ont nui à sa généralisation. Ainsi ce n'est point de la compression à haut ou à faible degré, à 1, à 2, 3, 4, ou cinq degrés, comme on l'a ridiculement conseillé, que j'entends parler ici; mais bien de la compression méthodique plus ou moins forte suivant l'état et la forme de la région malade. Cette compression se fait avec une bande roulée, ou avec une sorte de guêtre lacée. La bande roulée est préférable comme moyen de traitement; le bandage lacé est plus commode comme moyen préventif ou conservateur. Si l'articulation est volumineuse au point que toutes les saillies osseuses soient effacées, il suffit d'un bandage roulé pour établir une compression convenable. Lorsqu'il existe des creux entre les saillies, il faut les remplir soit avec des plaques d'agaric, soit avec des compresses graduées, et disposer le tout de manière que les tours de bandes puissent comprimer également tous les points de la surface articulaire. Cette compression, qui doit être égale, modérée, commencera au-dessous de la région malade, et se pro-

longera en diminuant à quelques pouces au dessus. On l'augmente ensuite graduellement et plus ou moins rapidement, selon le degré d'irritation qu'elle paraît produire sur les parties; elle ne s'oppose point à l'emploi des pommades résolutives, et je l'ai fréquemment associée aux vésicatoires volants. Convenablement appliquée et surveillée avec soin, elle convient à presque toutes les formes de l'arthropathie des parties molles.

Une modification dont la compression est susceptible, et qui paraît d'une utilité majeure, consiste à la rendre permanente et immobile. Ainsi, lorsque l'articulation est revenue presqu'à son volume naturel, et que l'on craint, en cessant le traitement, de la voir se gonfler de nouveau, c'est une ressource puissante que de la soumettre à une compression bien faite qui puisse demeurer en place pendant un ou deux mois. Or, cela se fait en ayant soin de coller chaque plan du bandage avec l'amidon cuit, et de placer sur le plan moyen des plaques de carton (1). Le tout se moule ainsi exactement sur la tumeur, et quand le bandage est desséché, le malade peut se lever et marcher sans crainte, car l'articulation est forcément immobile et presque dans l'impossibilité d'acquérir un gonflement nouveau. Depuis un an j'ai employé la compression de cette manière sur huit sujets, et vous avez remarqué que tous s'en sont bien trouvés.

Il serait encore possible de comprimer les tumeurs blanches à l'aide de lanières de diachylon gommé comme dans les ulcères des jambes. C'est un mode de pansement qui a l'avantage d'agir mécaniquement et je crois aussi chimiquement sur les engorgements. Je m'en suis servi plus d'une fois avec toutes les apparences d'avantages réels ; mais comme il est assez dispendieux et qu'il nécessite plus de temps et de précautions que le bandage ordinaire, il est probable que son usage restera très circonscrit dans la pratique.

(1) M. Velpeau traite ainsi depuis quelque temps toutes les fractures de jambes.

E — La *cautérisation avec le fer rouge*, tant employée du temps de Marc-Aurèle Severin, et que Percy n'a pas craint de vanter encore de nos jours, n'est presque plus usitée. Il est vrai que presque tous les malades s'y refusent, qu'elle a quelque chose d'effrayant, et que dans la plupart des cas, elle n'est pas plus efficace que les moyens précédemment examinés : il est cependant certain que dans quelques variétés d'artropathies des parties molles elle pourrait être d'un secours manifeste, si on osait la tenter. Ainsi, elle convient dans tous les cas où les pommades résolutives, les vésicatoires, les moxas, la compression sont indiquées. Je puis même ajouter qu'elle pourrait, mieux que tous ces moyens, terminer la guérison des arthropathies fongueuses, soit générales, soit partielles, avec épanchement séro-synovial. Je l'ai vue employer à Tours par M. Gouraud, et à Paris par MM. Richerand et Cloquet; je l'ai mise moi-même en usage quelquefois, et je sais que M. Jobert y a eu fréquemment recours. Or, j'ai vu que la cautérisation transcurrente, c'est à dire de longues raies de feu, à un ou deux pouces de distance dans le sens du grand diamètre latéral de l'articulation, avec de petites cautérisations latérales comme pour simuler des feuilles de fougère, finissait par amener la résolution d'engorgements et d'épanchements qui avaient résisté à tous les autres moyens, et qu'à partir de la cicatrisation des plaies produites par le feu, la capsule se resserre avec une telle force sur les os, que la guérison finit par être tout à fait radicale. C'est donc un moyen qui n'est pas à rejeter, et qu'il importe de proposer aux malades lorsque tous les autres ont été vainement essayés dans les cas que je signale.

F. — Je n'ai rien à dire du massage et des douches qui n'ait été dit par tous les auteurs. Ce sont des ressources accessoires ou complémentaires qu'on ne doit point négliger, mais auxquelles on aurait tort d'accorder une grande puissance curative.

Traitement interne. — Le traitement interne des arthropathies des parties molles comprend aussi un assez grand nombre de médications diverses. Je ne vous entretiendrai pas de ce qui a été dit des boissons émollientes et de tous les autres moyens rationnels généralement connus ; mon intention est de vous raconter ce que l'observation a pu m'apprendre sur la valeur de certaines substances vantées d'une manière spéciale par quelques praticiens, notamment de quelques préparations mercurielles, du colchique, ou do certains sels de baryte. J'ai essayé aussi, sur un assez grand nombre de malades, l'émétique à haute dose et les purgatifs répétés; mais comme ces moyens, qui n'ont d'ailleurs fixé l'attention que d'une manière toute passagère, ne m'ont donné aucun résultat digne d'encourager de nouveaux essais, je crois inutile d'en parler en détail.

Mercuriaux à l'intérieur. — On sait depuis longtemps que le calomel, employé à dose purgative, avait été vanté par la plupart des praticiens anglais; mais cette médication n'avait trouvé que peu de partisans en France. Ce n'est que depuis la publication du travail de M. O'Beirn, qu'on s'est demandé réellement parmi nous jusqu'à quel point le calomel pouvait être utile dans le traitement des tumeurs blanches. Ce praticien rapporte des faits qui sont tout à la fois de nature à inspirer la plus grande confiance ou les doutes les plus sérieux. En prenant à la lettre ses assertions, on croirait en effet quo des arthropathies datant de plusieurs mois ou même de plusieurs années, portant à la fois sur les parties molles et sur *les parties dures*, offrant tous les caractères enfin d'une désorganisation très-avancée, soit du poignet, soit du genou, soit de l'articulation tibio-tarsienne, ont été suivies de guérison dans une ou deux semaines à l'aide de sa méthode. Or, pour quiconque s'est fait une idée de l'état des parties dans le genre de maladies indiqué par M. O'Beirn, il est difficile d'admettre la possibilité de pareille guérison par

quelque remède que ce soit, en si peu de temps. Les esprits rigoureux ont été naturellement portés à conclure, d'après l'examen des faits cités par le chirurgien irlandais, ou bien qu'il s'était mépris sur la nature du mal dont il parle, ou bien que ses observations ne sont point exactes. Toutefois le traitement vanté par lui étant très-énergique, méritait d'être soigneusement expérimenté. Je me suis empressé quant à moi de l'essayer avec d'autant plus de plaisir que depuis 1828 j'avais souvent mis en usage une médication qui se rapproche de celle de M. O'Beirn. Ainsi j'employais, et il m'a semblé que c'était avec avantage, dans les arthropathies des parties molles, un mélange de calomel, de rhubarbe et d'ipécacuanha, dans des proportions telles que les malades prenaient de 4 à dix grains de calomel et un peu plus des autres substances, dans les 24 heures, pendant plusieurs jours de suite, c'est-à-dire calomel, vj à x grains ; ipécacuanha xij à xx grains ; rhubarbe xv à xxx grains. Mêlez et faites quatre paquets.

Voulant suivre de point en point les indications du chirurgien de Dublin, j'ai donné comme lui le calomel à la dose de 10, 15, 20 et même 24 grains par jour, en y associant d'un à quatre grains d'opium. Chez quelques malades les effets de cette médication ont été rapides ; presque tous ont éprouvé des coliques et ont eu des évacuations alvines plus ou moins abondantes ; d'autrefois les effets du mercure se sont promptement annoncés du côté de la bouche ; la salivation est survenue au 2e, 3e et 4e jour. Quelques sujets cependant n'ont éprouvé ni coliques, ni diarrhée, ni salivation, quoique j'eusse continué le calomel à la dose de 10 à 15 grains dans les 24 heures pendant 8 à 10 jours de suite. Toutes les fois que les fonctions intestinales ou que la bouche ont indiqué d'une manière prononcée l'action du mercure, j'en ai suspendu l'emploi. De cette façon j'ai obtenu les résultats suivants : dans les arthropathies avec hydartrose sans altération des parties dures et sans dégénérescence fongueuse de la cap-

sule, j'ai vu la maladie s'améliorer rapidement et l'articulation se vider presque complètement dans l'espace d'une ou de deux semaines. Lorsque la capsule était fortement épaissie soit à l'extérieur soit à l'intérieur, dans les cas d'arthropathie capsulaire enfin soit externe soit interne, la plupart des malades en ont encore été soulagés ; mais chez eux l'amélioration s'est bientôt arrêtée, et il a fallu avoir recours à d'autres moyens pour compléter la guérison. Dans les arthropathies récentes avec douleur, ou présentant d'autres symptômes inflammatoires, le calomel à haute dose, porté jusqu'à la salivation, a presque toujours modifié heureusement la maladie. Hors de ces cas, le traitement mercuriel n'a produit que des résultats vagues, incertains, quelquefois même désavantageux; de telle sorte qu'aujourd'hui le calomel est employé par moi dans les cas suivants et de la manière suivante. Je m'en sers quelquefois seul dans les arthropathies récentes accompagnées d'épanchement séro-synovial, lorsque je n'ose pas faire usage des saignées locales ou générales, et dans les arthropathies déjà anciennes quand elles se présentent sous forme d'hydarthrose. Le plus souvent au contraire, et presque toujours dans les arthropathies avec engorgement, épaississement, dégénérescence de la capsule, je l'associe aux moyens externes. Ainsi je l'emploie en même temps que les émissions sanguines, que les pommades iodurées, que le grand vésicatoire, que la compression, et que tous les autres topiques dont j'ai parlé précédemment. Je prescris habituellement 10 à 12 grains de calomel avec deux grains d'extrait d'opium à prendre dans les 24 heures. Le malade en prend le lendemain 15 à 18 grains s'il ne survient ni coliques ni darrhée le premier jour; dans le cas contraire je continue la même dose, ou je m'arrête si les accidents sont trop prononcés.

Que la salivation se manifeste ou non, je suspends le remède vers le 5e ou le 6e jour. Dans l'intervalle j'ai recours, selon les indications ou aux ventouses scarifiées, ou aux sang-

sues, ou aux pommades résolutives, ou aux grands vésicatoires, ou à la compression. Je recommence huit jours après, si la bouche n'est pas trop malade, et je me comporte de la même manière pendant environ un mois. Avec ces précautions, et dans les circonstances que j'ai indiquées, le calomel à haute dose doit être conservé dans la pratique. C'est une médication dont l'efficacité ne peut pas être révoquée en doute. L'inconvénient principal qu'elle présente, c'est-à-dire la propriété qu'elle a de faire naître la salivation, est moins effrayant pour moi depuis que je fais usage de l'alun en poudre pour arrêter les phlegmasies de l'intérieur de la bouche.

Préparations de baryte. — La baryte vantée à outrance dans le siècle dernier par Crawford, et depuis par une infinité de praticiens, contre les affections lymphatiques, est devenue récemment une sorte de panacée entre les mains de quelques chirurgiens. Depuis longtemps un praticien industriel de Paris se vante, soit dans les journaux politiques, soit par des affiches, de guérir les scrofules et les tumeurs blanches à l'aide du carbonate de baryte. En Allemagne et en Italie c'est plutôt le muriate de cette substance qui a pris cours dans la matière médicale. Là on l'a mis en usage suivant la méthode contro-stimulante, c'est-à-dire à haute dose. Bien que le muriate de baryte ait été essayé contre les tumeurs blanches en Danemarck et dans toutes les autres contrées du nord d'après les principes de Rasori, il n'y trouve cependant plus de partisans aujourd'hui. La plupart des Italiens y avaient eux-mêmes renoncé. Cette substance, dont M. Pirondi est venu préconiser de nouveau les avantages à Paris, a fini par trouver quelques défenseurs dans les hôpitaux de la capitale. Je l'ai déja essayée sur plus de 25 malades depuis 1835. Voulant me conformer aux préceptes de l'école Rasorienne et de M. Pirondi, j'ai donné le muriate de baryte à la dose de 4 à 6 grains dans quatre onces d'eau distillée, pendant les 4 ou 5 premiers jours. J'en ai prescrit ensuite 12, 15, 20 grains, et je suis allé ainsi jusqu'à 40 grains dans les 24 heures.

Plusieurs malades en ont pris pendant un ou deux mois. Les uns ont éprouvé bientôt des nausées, des coliques et du dévoiement, à tel point que j'ai été forcé de suspendre l'emploi du médicament pendant quelques jours pour ne pas exposer les fonctions gastro-intestinales à se troubler définitivement. D'autres n'en ont ressenti aucun effet. Un grand nombre n'ont pas pu s'y accoutumer. Jusqu'à présent, je dois le dire, je n'en ai obtenu que des résultats négatifs ou peu concluants. Dans les arthropathies fongueuses et dans toutes celles qui affectent les parties molles, en général, ce remède m'a paru sensiblement moins efficace que le calomel. Nous verrons que, dans les arthropathies des parties dures, son efficacité n'est guères mieux démontrée. Les succès qu'on lui attribue sont probablement dus au régime végétal qu'on lui associe, au temps et au peu de gravité des cas soumis à son emploi.

Il importe d'autant plus de rester dans le doute sur l'efficacité de ce remède dans la pratique, que les observations publiées par M. Pirondy ne sont pas accompagnées d'assez de détails pour qu'on puisse dire à quelle sorte de lésion il s'est adressé, et que celles qui ont été puisées depuis dans la pratique d'un des chirurgiens des hôpitaux de Paris, sont trop vagues et trop incomplètes pour avoir quelque valeur. C'est une médication à juger encore comme si rien n'avait été dit sur elle. Du reste, elle peut mieux que le calomel être employée concurremment avec les différentes sortes de moyens externes dont j'ai parlé. Elle occupe les malades, et permet de gagner du temps ; et, comme dans une foule d'arthropathies le repos et le temps constituent les principaux éléments du traitement, elle peut à ce titre en imposer aux observateurs superficiels et inspirer quelque confiance aux commères.

J'aurais bien aussi à vous entretenir des préparations d'iode à l'intérieur ; mais je n'ai pas assez employé ce moyen,

dont je redoute d'ailleurs l'action sur les voies digestives, pour me me permettre de le juger en ce moment.

Arthropathies des parties dures — Ainsi que je l'ai déjà dit, cette seconde espèce d'arthropathies présente diverses variétés. Elle a son siége ou dans les cartilages d'incrustation ou dans les os eux-mêmes. L'arthropathie dont le siége est dans les cartilages est digne surtout de fixer notre attention.

Se fondant sur les idées de Bichat, presque tous les praticiens ont décrit des maladies appartenant en propre à une prétendue membrane synoviale des cartilages et aux cartilages eux-mêmes, comme s'il s'agissait des autres trames organiques de l'économie. Ainsi vous verrez dans presque tous les auteurs, que telle maladie des articulations est constituée par une inflammation, ou un épaississement, par des ulcérations ou toute autre lésion organique et vitale de la membrane synoviale des cartilages. Sur ce point je ne puis en aucune façon partager l'opinion de la genéralité des chirurgiens. D'abord, il n'y a pas de membrane synoviale à la surface des cartilages; ensuite, je ne crains pas d'affirmer que les cartilages d'incrustation ne sont susceptibles par eux-mêmes ou primitivement d'aucune sorte d'inflammation, d'épaississement, d'ulcération. Comme ils ne forment en réalité que des croûtes non vasculaires, ils ne deviennent malades que secondairement, ou bien à la manière de corps inorganiques, des cheveux, des ongles, de l'épiderme, de l'émail des dents, c'est-à-dire mécaniquement ou chimiquement. Cependant on aurait tort de nier la maladie décrite par M. Brodie. Cet auteur s'est tout simplement mépris sur le point de départ de l'affection qu'il a signalée.

La présence des végétations ou des fongosités qu'on a remarquées à la surface des cartilages s'explique de la manière suivante : 1° ou bien elles dépendaient de plaques fongueuses primitivement établies à la surface des os, et qui, ayant successivement détaché, soulevé, détruit le cartilage, ont pu faire croire que celui-ci était compris dans la transformation; 2° ou

bien ces fongosités n'étaient que le résultat d'un épanchement de lymphe plastique organisée sur le contour de la surface synoviale des os et prolongée ensuite dans l'intérieur même de l'articulation. Dans ces deux cas il est possible, en regardant de près, de trouver encore des plaques cartilagineuses amincies, érodées, mobiles, à la manière de corps étrangers au milieu des végétations. D'autrefois on en remarque quelques lamelles amincies par leur surface libre, qui adhèrent encore, comme dans l'état normal, au tissu de l'os sous-jacent. J'ai montré, cette année même, à la Clinique, des cas multipliés d'articulations malades et en pleine suppuration depuis des mois et même des années. Or, vous avez pu constater, les pièces sous les yeux, que dans ces articulations les cartilages n'offraient les traces d'aucune des altérations dont on les a généralement gratifiées. J'ai vu fréquemment et vous avez pu observer vous-même sur quelques malades soumis à votre examen, que les têtes cartilagineuses des os mis à nu, soit dans quelques plaies accidentelles, soit dans les désarticulations, disparaissent insensiblement par décollement, par usure ou par dissolution, mais que jamais elles ne se vascularisent, ne s'enflamment, ne s'épaisissent autrement que par imbibition. Je répète donc d'une manière formelle, comme je l'ai d'ailleurs exposé dans mon *Traité d'Anatomie chirurgicale* et au mot *articulation* du Dictionnaire de méd. 2^m^ édition, que les cartilages d'incrustation et ce qu'on a désigné sous le nom de membrane synoviale des surfaces cartilagineuses, ne sont susceptibles d'aucune maladie organique *primitive*.

On n'en rencontre pas moins des arthropathies qui tiennent à une usure ou bien à quelqu'altération mécanique des cartilages d'incrustation. Chez les vieillards en particulier, chez les personnes qui marchent beaucoup et qui, pour certaines raisons que nous ne devons point examiner ici, ont les articulations sèches ou raidies, les cartilages s'usent par le frottement, s'amincissent, deviennent rugueux, inégaux, au point d'être

quelquefois sillonnés par de véritables rainures. Tant que l'affection ne se transmet pas aux parties sous-jacentes, elle ne produit à ce degré qu'un peu de raideur, de gêne, de crépitation, quelques secousses douloureuses dans la jointure ; mais chez les sujets d'un âge médiocre, de pareilles altérations font que les ébranlements occasionnés par les mouvements du membre se transmettent bientôt aux surfaces osseuses voisines, de manière à les irriter, à produire de la douleur, et à faire naître un autre genre d'arthropathie dont nous allons bientôt parler.

Les cartilages sont ensuite susceptibles de se laisser contondre ou écraser. Les chutes, les violences extérieures dirigées de telle sorte que les deux os d'une articulation viennent à presser fortement l'un contre l'autre, peuvent, on le conçoit facilement, contondre, broyer même les cartilages d'incrustation dans une étendue variable. Dans quelques autres cas, les pressions obliquement dirigées détachent ou brisent des plaques plus ou moins larges de ces croûtes et les isolent plus ou moins complètement à l'intérieur de l'articulation. Il est aisé de comprendre qu'en pareil cas l'altération des cartilages doit troubler tous les mouvements de l'article, et faire naître la plupart des accidents qu'y déterminerait la présence d'un corps étranger.

Cette variété d'arthropathie s'annonce par les caractères suivants : S'il ne s'agit pas d'individus avancés en âge, on trouvera, pour cause première du mal, quelque marche forcée, une chute, quelque faux pas, une violence extérieure quelconque. Le malade aura d'abord ressenti des douleurs dans l'articulation avant d'avoir éprouvé le moindre gonflement ; ces douleurs se manifestent dans certains moments, dans certaines positions et disparaissent dans quelques autres ; par moments elles deviennent excessives, au point de faire tomber le sujet, quelquefois même d'entraîner la syncope. Dans l'immobilité, ces douleurs, que la pression des parties

molles n'augmente point, s'évanouissent tout à fait. On les fait renaître en imprimant au membre des inclinaisons capables d'en faire varier les frottements. Du reste, les douleurs sont plus ou moins vives, selon que les rugosités des cartilages sont plus ou moins profondes, et surtout selon que la surface des os est plus ou moins complètement dénudée.

Le pronostic est plus grave ici que pour les arthropathies des parties molles ; mais aussi il l'est moins que dans celles des os proprement dits. Il est grave en ce sens que la destruction des cartilages est irréparable. Il est moins désespérant que celui des arthropathies osseuses, parce que l'altération étant purement mécanique ou chimique, l'organisme en général n'en reçoit pas d'abord une atteinte aussi profonde.

La guérison en pareil cas ne s'obtient d'ailleurs presque jamais d'une manière complète ; mais il n'est pas rare de l'obtenir au moyen d'une des variétés de l'ankylose.

Le traitement de l'arthropathie des cartilages diffère sous plus d'un rapport des traitements indiqués précédemment. Ce n'est que par exception que les saignées générales se trouvent indiquées; il en est de même des pommades iodurées et mercurielles ; la compression n'est d'abord ici d'aucun secours. De toute façon le traitement doit être extrêmement long ; celui qui réussit le mieux consiste d'abord dans l'immobilité la plus complète ; c'est dans ces cas qu'il convient surtout de tenir le membre étendu sur une gouttière bien garnie ou sur quelque attelle méthodiquement disposée ; si ce n'est dans un appareil amidonné. Les petits vésicatoires volants, les moxas, les cautères, le fer rouge, conviennent encore à titre de révulsifs ou de dérivatifs. Les médications internes, soit avec les préparations d'iode, de colchique ou de baryte, soit avec les mercuriaux, sont également indiquées; de sorte qu'en résumé l'arthropathie des cartilages réclame, 1° l'immobilité de l'articulation malade ; 2° quelques émissions sanguines, si l'état de la circulation l'exige; 3° l'essai du calomel ou du vin de colchique à haute dose pendant une

ou deux semaines; 4° le muriate de baryte pendant un mois; et plus ensuite, à titre de topiques, les vésicatoires, les moxas, les cautères, les sétons, la cautérisation transcurrente. Il faut ajouter à tous ces moyens un régime approprié, des bains ou des douches.

Arthropathie des os.—Les os présentent dans les têtes articulaires tous les genres de maladies qu'ils peuvent offrir ailleurs. Par conséquent on doit s'attendre à y rencontrer la carie et la nécrose, les dégénérescences fibreuses, squirrheuses, encéphaloïdes, tuberculeuses, hydatiques, colloïdes, etc. Mais pour le sujet qui nous occupe, je n'ai à vous parler de ces diverses maladies que dans leurs rapports avec les articulations. Or l'affection, en pareil cas, débute ou par la surface ou par le parenchyme des os.

Si l'arthropathie débute par la surface osseuse, elle peut offrir deux nuances qu'il importe de ne pas confondre dans la pratique : ou bien c'est la région encroûtée du cartilage qui est d'abord le centre de l'altération ; ou bien la maladie s'établit dès le principe à la circonférence de la tête osseuse en dehors des limites du cartilage, sans être cependant à l'extérieur de l'articulation. Qu'il s'agisse alors d'une simple ostéite, d'une carie, d'une nécrose ou de quelqu'autre lésion, les symptômes n'en sont pas moins à peu près les mêmes.

Les arthropathies cartilagineuses dont j'ai déja parlé finissent souvent par se compliquer d'arthropathie osseuse, mais cette dernière existe assez souvent sans la première. Alors la surface de l'os se vascularise, se ramollit, le cartilage qui le recouvre se décolle, se soulève et s'amincit plus ou moins; peu à peu cette surface osseuse se couvre de végétations, de fongosités qui en occupent tantôt un ou plusieurs points, tantôt la totalité, et qui ressemblent un peu aux fongosités des surfaces ulcérées de mauvaise nature. C'est au dessous de ces

fongosités qu'on trouve des points cariés, nécrosés, tuberculeux, fibreux, cancéreux, ou les traces d'une simple ostéite.

La maladie nait tantôt sous l'influence d'une cause externe, tantôt par l'effet de causes cachées ou internes. Dès le principe les malades éprouvent des douleurs sourdes, profondes, qui deviennent aiguës si l'on exécute certains mouvements, mais qui persistent même dans le repos le plus parfait. Le gonflement ne se développe que très-tard, et quand il en survient, c'est, comme dans les arthropathies des cartilages, par l'effet d'un épanchement de liquide dans l'articulation, bien plus que par l'épaississement des parties molles. Quand la maladie est plus avancée, l'intérieur de l'articulation devient si sensible que les moindres secousses, les moindres mouvements font jeter les hauts cris aux malades ; que, dans le lit, le plus léger attouchement des couvertures, la plus petite inflexion ou inclinaison du membre produisent des douleurs atroces. Aussi voit-on alors les malheureux malades concentrer tout leur volonté et leurs soins sur l'immobilité de l'articulation affectée. Ce qui fait leur tourment sur tout, c'est l'action spasmodique des muscles qu'ils ne peuvent maîtriser, puis la pesanteur inégale des os, qui les met dans l'impossibilité d'éviter les plus légères pressions des surfaces articulaires.

Toutefois ceci ne s'applique qu'au cas d'arthropathie osseuse correspondant aux incrustations cartilagineuses. En dehors de ces plaques en effet, la maladie se comporte à peu près comme dans la continuité des os. C'est la face externe et la face interne du périoste qu'enveloppe la capsule articulaire qui devient malade, ou une portion d'os tapissée par cette partie de l'enveloppe fibreuse. Ici les altérations pathologiques peuvent bien être les mêmes, mais comme la partie altérée est étrangère aux pressions que doivent supporter les os pendant les mouvements de l'articulation, il n'en résulte pas d'aussi graves accidents. On aura donc alors une douleur en apparence moins profonde, douleur que la pression augmentera manifestement

si on la porte sur le contour de l'articulation, que les mouvements n'exaspéreront que modérément, qui redoutera enfin moins la contraction spasmodique des muscles, et qui sera loin de troubler également le sommeil et le repos des malades.

Ajoutons que, dans tous ces cas, si la maladie a duré longtemps, s'il en est résulté du pus, les cartilages disparaissent souvent par dissolution, sans qu'il y ait de fongosités sur les os, et de manière même que les têtes articulaires offrent quelquefois un aspect lisse et comme éburné.

Toutes les fois que le mal débute au contraire par le parenchyme des os, il existe d'abord sous forme de simple ostéite, de carie, de nécrose, d'affection tuberculeuse, de dégénérescence fibreuse, cancéreuse; c'est-à-dire que les têtes articulaires peuvent offrir, comme je l'ai déja dit, toutes les maladies du tissu osseux en général. Alors, que l'affection se développe sous l'influence d'une constitution particulière ou de quelqu'autre cause spécifique, qu'elle tienne à une cause interne ou qu'elle dépende d'une violence extérieure quelconque, elle présente toujours une marche facile à distinguer de celle des arthropathies précédemment indiquées. Les malades en sont avertis par une douleur sourde, profonde, intermittente, généralement plus fatiguante la nuit que le jour, souvent plus prononcée pendant le repos que lors des mouvements du membre. La partie devient *lourde*, *faible*: mais les mouvements de l'articulation restent libres. Aucune trace d'épanchement n'existe dans l'article. S'il survient du gonflement, il est généralement difficile à constater. On conçoit après tout que dans cette variété il s'agit plutôt d'une maladie du squelette, que d'une arthropathie proprement dite. On peut même avancer qu'au début le mal est réellement étranger à l'articulation.

Plus tard, l'arthropathie du parenchyme des os offrira des symptômes encore plus faciles à saisir; ils différeront suivant le sens dans lequel l'affection se propage. Ainsi, soit

qu'il s'agisse d'une carie, d'une nécrose, etc., soit qu'il s'agisse de suppuration osseuse, de tubercules ou de cancers, on conçoit que la maladie pourra se propager, tantôt du côté du cartilage, tantôt dans le sens opposé, et d'autres fois vers la circonférence de l'extrémité osseuse. Dans le premier cas, les symptômes de l'arthropathie osseuse superficielle finiront par survenir ; le cartilage sera décollé ; les douleurs deviendront excessivement aiguës ; un épanchement s'établira dans l'articulation, et on aura enfin tous les accidents dont j'ai parlé plus haut. Dans le second cas, les douleurs resteront sourdes, pourront devenir lancinantes sans cesser toutefois d'être profondes, gagneront du côté de la région moyenne du membre ; quelqu'aiguës qu'elles soient, elles pourront ne point gêner l'exercice de l'articulation proprement dite. Ce ne sera qu'après un temps en général considérable, que du gonflement, quelques bosselures viendront annoncer une exostose et déceler la véritable nature ou le siége précis du mal.

Lorsqu'au lieu de se propager dans le sens de l'axe de l'os malade, l'affection se porte vers la circonférence, elle vient se faire jour sous le périoste qui est en contact avec la capsule synoviale, et alors elle rentre complètement dans les arthropathies osseuses superficielles proprement dites ; tantôt elle atteint la tête de la circonférence osseuse en dehors des limites de la capsule fibro-synoviale, et alors on en est averti par quelques bosselures fixes, dures, douloureuses, situées à la circonférence de l'os malade, en même temps que l'articulation reste libre et sans épanchement. Les douleurs ici sont augmentées par la pression sur quelque point, et tout le voisinage reste indolent sous le même genre d'exploration.

Le pronostic des arthropathies osseuses est toujours grave ; cependant il doit varier selon la nuance de la maladie, abstraction faite de sa nature. En effet, les affections tuberculeuses, cancéreuses, scorbutiques, seront toujours plus graves au voisinage des articulations, que la simple carie et les dégé-

nérescences qui peuvent en être la suite. Mais cette gravité tient en pareil cas à la nature de la lésion et non à son siége. L'arthropathie osseuse superficielle est, toutes choses égales d'ailleurs, plus grave que l'arthropathie osseuse profonde ; l'arthropathie osseuse superficielle correspondant aux cartilages d'incrustation, est en outre plus redoutable que celle qui correspond à la périphérie. On conçoit en effet que la première entraîne à peu près nécessairement le décollement et la destruction des cartilages, qu'il en résulte une suppuration à peu près inévitable, et que les fonctions du membre doivent être abolies pour toujours, si tant est qu'on ne soit pas obligé d'avoir recours à l'amputation. A la périphérie au contraire, il n'y a que le périoste ou la capsule fibro-synoviale qui soit altérée consécutivement, et comme les surfaces articulaires qui doivent frotter les unes contre les autres restent saines, la maladie peut durer indéfiniment dans quelques cas, ou disparaître même tout à fait en permettant à la jointure de reprendre ses fonctions naturelles.

Quant aux arthropathies profondes, elles offrent infiniment plus de gravité quand elles se portent du côté des cartilages ou de l'articulation que dans les autres cas. Arrivées aux cartilages ou dans la cavité synoviale, elles y revêtent d'abord tous les dangers des arthropathies osseuses superficielles; ensuite comme elles appartiennent à des noyaux, à des masses plus ou moins épaisses de tissus altérés, on ne voit pas que la guérison en soit possible, à moins que la partie altérée ne soit éliminée par un travail phlegmasique et par l'ouverture même de l'articulation. Si au contraire la maladie suit une des autres directions, on voit des sujets la supporter 2, 4, 8, 15, 20 ans même, sans en être trop incommodés. Seulement des exostoses avec inflammation, avec suppuration, se font jour de temps à autre sous forme d'abcès ; puis l'orage se calme, un ulcère fistuleux s'établit, se ferme de temps à autre, ou suinte continuellement, jusqu'à ce que quelque autre foyer

phlegmasique se reproduise. A la longue les fragmens nécrosés, les foyers purulents ou les masses tuberculeuses s'échappent du parenchyme osseux, puis les ulcérations se mondifient et se cicatrisent. Il est vrai sans doute que, loin de se circonscrire, d'être éliminées par les efforts organiques, la carie, la nécrose, ou telle autre altération du parenchyme des têtes articulaires, peuvent s'étendre, gagner de plus en plus en surface, et s'aggraver sans cesse ; mais il n'en est pas moins certain aussi qu'avec le temps, c'est le genre d'arthropathie osseuse dont on triomphe le plus fréquemment.

La thérapeutique des arthropathies osseuses est encore fort peu avancée. Souvent influencée par l'état général et par d'autres maladies du sujet, elle nécessite la plus sévère attention sous le point de vue hygiénique et des médications générales. Ainsi le traitement mercuriel devra être prescrit avant tout, s'il existe quelque soupçon d'un reste d'affection syphilitique. Les sudorifiques, les bains sulfureux, les douches de toutes sortes, les préparations de quinquina ou de fer, les amers, en général, devront être tentés, lorsque divers traitements auront été mis en usage pour combattre des maladies vénériennes. La cachexie scorbutique, l'affection tuberculeuse, l'état attribué à la maladie scrofuleuse, exigeraient de leur côté un régime et des moyens médicamenteux que je n'ai pas le besoin d'indiquer en ce moment. Comme maladie des os, ce genre d'arthropathie reclame le même traitement que le précédent. Ainsi les saignées générales, s'il y a de la réaction circulatoire, les ventouses, les sangsues surtout, pourvu que l'âge et la constitution du sujet ne s'y opposent pas, conviennent et doivent être répétés souvent. Les pommades résolutives ne sont que d'un très faible secours. Si l'on fait usage des pommades iodurées ou mercurielles, il est bon de les rendre en même temps narcotiques par l'addition de quelques préparations d'opium. Les vésicatoires volants répétés ont aussi leur utilité, mais à titre de révulsifs : il ne faudrait cependant pas

trop insister sur leur emploi. La compression est inutile. Les cataplasmes émolliens simples ou arrosés d'extrait de saturne ou de laudanum doivent être préférés lorsque les symptômes d'inflammation et la douleur diminuent. Les moxas, la cautérisation transcurrente, les cautères maintenus pendant longtemps dans le voisinage des parties malades, sont plus efficaces ici que dans toutes les autres arthropathies. Le repos, si nécessaire lorsque l'affection occupe la superficie des os, n'est nullement indispensable quand elle en occupe le parenchyme proprement dit ; on ne le recommande donc que s'il en résulte quelque soulagement pour le malade. Les bains entiers, les bains de vapeur, les douches minérales de toute sorte, conviennent encore en pareil cas ; mais il ne faut pas se dissimuler qu'ici le remède essentiel est le temps et un régime approprié.

Dans l'arthropathie osseuse, les mercuriaux à haute dose, le calomel en particulier, ne sont pas sans quelque efficacité ; mais aussitôt qu'ils sont arrivés à faire naître quelque menace de salivation, il est bonde les suspendre pour y revenir après quinze jours d'interruption ; encore faut-il ajouter que ce moyen, utile dans les arthropathies osseuses superficielles, semble devoir être plutôt nuisible dans les arthropathies osseuses profondes. Les préparations de baryte ne m'ont pas paru mériter en ce cas la moindre confiance. J'en dirai autant de l'iode et de ses composés; il ne faut les employer que pour gagner du temps.

Toutes les nuances de l'arthropathie des parties dures peuvent être suivies de foyers purulents dans l'articulation. Ces foyers occasionnent de la réaction, de la diarrhée, une chaleur âcre, des frissons irréguliers, une sorte de fièvre purulente enfin. Si toute l'articulation est ainsi envahie, le seul remède à proposer est l'amputation du membre. Mais dans quelques cas ces foyers se rencontrent sur des points isolés, ou sous forme de bosselures à la périphérie de l'articulation.

La première idée qui se présente alors est de donner issue au pus. Or l'ouverture de pareils abcès constitue à elle seule une grave question. L'expérience prouve en effet qu'en ouvrant un abcès qui communique avec la cavité d'une grande articulation, on s'expose à faire naître tous les accidents d'une arthropathie purulente aiguë, et conséquemment à compromettre gravement la vie du sujet. S'il s'agit au contraire d'un foyer en rapport avec quelqu'altération du parenchyme osseux, sans qu'il y ait continuité entre son intérieur et celui de l'articulation, l'ouverture n'en est nullement dangereuse.

RÉSUMÉ.

Il résulte de tout ce que j'ai dit jusqu'ici, que les arthropathies peuvent être distinguées sans trop de difficulté les unes des autres par des signes spéciaux, et qu'elles sont loin de réclamer toutes le même traitement. Ainsi nos entretiens cliniques sur ce sujet peuvent être résumés de la manière suivante :

Les tumeurs blanches appartiennent à deux grandes classes d'arthropathies :

A. Des parties molles. — *B*. Des parties dures. — La première classe se divise naturellement en trois genres, 1°. Arthropathies externes. — 2° Arthropathies internes. — 3°. Arthropathies capsulaires. Il en est de même de la seconde, qui se présente sous forme : 1° d'arthropathies cartilagineuse ; — 2° d'arthropathies osseuses superficielles et 3°. d'arthropathie osseuse profonde ou parenchymateuse.

Quant à leur nature, toutes ces arthropathies peuvent être ou rhumatismales, ou scrofuleuses, ou tuberculeuses, ou syphilitiques, ou scorbutiques ou cancéreuses, etc., ou simplement inflammatoires.

On peut encore résumer ce sujet comme il suit :

1°. *Arthropathie extra-capulaire*.. — Empâtement ; — quelquefois douleurs ; — gonflement irrégulier, sans épanchement à l'intérieur de l'articulation. = En général peu grave. = Exigeant le traitement, soit des érysipèles phlegmoneux, soit des engorgements du même genre développés dans les couches sous cutanées du reste des membres. — S'il s'établit une collection purulente, y appliquer le bistouri avec hardiesse et sans crainte.

2° *Arthropathie capsulaire pure* — Due aux entorses, aux violences extérieures de toute espèce, aux affections rhumatismales; —accompagnée de douleur dans certains mouvements, douleur que la pression augmente quelquefois ; — faisant naître un gonflement régulier ou irrégulier des couches extrà-capsulaires ; — produisant parfois un degré variable d'épanchement interne ; — maladie plus grave que la précédente ; servant d'origine à plusieurs de celles qui vont être rappelées ; exigeant une médication anti-phlogistique active ; se trouvant bien ensuite des pommades résolutives, des grands vésicatoires, de la compression, et des mercuriaux à haute dose.

3° — *Arthropathie spécifique, blennorrhagique des femmes en couche*. — Lésion qui arrive brusquement; —qu'un épanchement abondant caractérise bientôt;—qui n'est accompagnée que de peu de douleur dans la premiere nuance et qui revêt promptement tous les caractères de l'arthrite aiguë dans la seconde — qui exige un traitement assez énergique, mais plutôt évacuant et révulsif qu'anti-phlogistique. Vésicatoires volants — frictions mercurielles — compression — à l'intérieur des purgatifs — le calomel à haute dose — quelquefois aussi les substances balsamiques, anti-blennorrhagiques.

4° *Arthropathie fongueuse*. — Quelquefois primitive — le plus souvent consécutive — toujours lente — rarement douloureuse; — annoncée par des bosselures élastiques plus ou

moins épaisses, roulant quelquefois sous la pression à la manière des corps étrangers; — faisant naître l'idée de la fluctuation; —quelquefois combinée avec un épanchement réel; — pouvant donner à l'articulation un volume énorme, n'empêchant pas absolument la marche; —généralement grave par sa ténacité;—résistant quelquefois à tout;—ne cédant jamais aux émissions sanguines seules;— se trouvant mieux des *vésicatoires monstres*, des pommades résolutives, de la cautérisation transcurrente, des moxas, des sétons, des cautères, de la compression et du calomel à haute dose.

5° *Arthropathie synoviale pure*. — Lésion essentiellement caractérisée par un épanchement de sérosité — sans douleur, sans épaississement sensible des enveloppes articulaires— naissant brusquement ou avec lenteur — ne genant que modérément les fonctions de l'article;—réclamant l'emploi des purgatifs, des mercuriaux à haute dose, du colchique ou des diurétiques associés aux grands vésicatoires et aux frictions résolutives.

Toutes ces nuances ont pour caractère commun d'être annoncées par du gonflement ou des douleurs superficielles dès le principe, et de ne jamais durer longtemps sans changer la forme de la partie.

6° *Arthropathie cartilagineuse* — Maladie toute mécanique qui comprend l'ulcération, la contusion des cartilages et l'ulcération de la membrane synoviale, ou l'affection décrite sous ce nom par M. Brodie;—résultant de pressions exercées perpendiculairement ou dans un sens oblique par les surfaces cartilagineuses, les unes contre les autres; — pouvant être comparée à un écrasement, une usure ou à des *écorchures* de plaques inorganiques; —naissant tout-a-coup; —s'annonçant par du craquement, par une douleur vive qui cesse complètement pendant l'immobilité et qui revient lors de certains mouvements;— pouvant se compliquer d'arthropathie osseuse;— ne guérissant à la longue qu'au moyen du repos et d'une

grande réserve dans les mouvements ou par suite de l'affaissement des rugosités cartilagineuses.

7° *Arthropathie osseuse superficielle*—Maladie dont la cause est le plus souvent interne; —annoncée par des douleurs sourdes lorsque l'articulation est immobile, et causant des douleurs aiguës souvent intolérables lorsque le malade exécute le moindre mouvement. — Ici l'épanchement, le gonflement, les fongosités, les bourrelets élastiques et mobiles ne se montrent que secondairement. — Lésion toujours dangereuse, souvent incurable;— exigeant ou repoussant les saignées générales[1], les ventouses, les sangsues, les mercuriaux, les purgatifs, suivant l'état général du sujet ; — lésion qui n'est que faiblement modifiée par les pommades résolutives, les vésicatoires et la compression — réclamant plutôt les moxas et les cautères, exigeant impérieusement l'immobilité la plus complette — nécessitant à la fin l'amputation, ou se terminant par ankylose.

8° *Arthropathie profonde des os.* — Maladie annoncée par des douleurs sourdes et toujours profondes, soit dans la marche, soit dans le repos ; plus vive la nuit que le jour; — accompagnée de chaleur — sans gonflement d'abord; — pouvant durer des mois, des années sans le moindre épanchement dans l'articulation — envahissant quelquefois le cartilage d'incrustation et se transformant en affection excessivement douloureuse — se portant assez souvent vers le contour de la tête de l'os malade—faisant naitre alors les symptômes d'une inflammation ou lente, ou aigue—se comportant enfin à la manière des exotoses, accompagnée d'ostéite ; — maladie toujours excessivement longue, nécessitant fréquemment l'amputation du membre, ne se terminant d'une manière heureuse qu'après l'élimination ou la sortie des tissus nécrosés ou altérés — exigeant, comme traitement, les moyens internes surtout; les vésicatoires volants, les cautères, les moxas sont aussi utiles,

mais elle ne peut souffrir la compression et la plupart des autres topiques.

On voit que dans ce dernier groupe, c'est-à-dire dans les arthropathies des parties dures, la douleur est le symptôme dominant comme signe primitif et que le plus souvent elle existe plusieurs semaines, plusieurs mois même avant qu'il y ait le moindre gonflement.

C'en est assez, je pense, pour montrer que la classe de maladie connue sous le nom de *tumeurs blanches* se compose d'une infinité de lésions diverses, et qu'à moins de les étudier ainsi dans leurs élements principaux, il est tout à fait impossible d'en perfectionner la thérapeutique.

A l'appui de ces principes, nous aurons maintenant à rapporter un nombre suffisant d'*observations détaillées*. Si nous avons négligé les développements dans lesquels M. Velpeau est entré sur l'état purulent des articulations, état auquel peuvent conduire toutes les nuances d'arthropathie ; sur les dangers que ces maladies font courir à la vie quand elles se prolongent, sur les indications de l'amputation ou de la résection, c'est qu'il s'y est moins arrêté que sur le reste, et qu'il a déjà traité quelques-uns de ces points au mot *Articulation* du *Dictionnaire de Médecine*. 2.e édition.

Recherches sur les causes, les symptômes et le traitement des hémorrhagies constitutionnelles ; par M. Lebert, *interne à l'Hôtel-Dieu, membre titulaire de la Société Anatomique.*

C'est un fait connu depuis longtemps dans la science, qu'il existe des individus qui, pour la moindre blessure et même sans cause appréciable, sont exposés à des pertes de sang plus ou moins abondantes. Cependant on ignore encore en quoi consiste cette disposition particulière à ces hémorrhagies

rebelles, qui ne se révèle à nous que par ses funestes effets. Dans l'impossibilité de s'en rendre compte, les anciens l'attribuaient vaguement à quelque modification primitive de l'organisme sans en préciser autrement la cause. D'ailleurs guidés par l'observation, ils avaient rapproché, non sans motifs, les effusions sanguines accidentelles dont je parle, de ces hémorrhagies spontanées qui, par leur abondance et leur répétition, peuvent également compromettre la vie des individus. En effet, nous verrons bientôt que ces deux phénomènes ont entre eux la plus grande analogie, et qu'ils ne reconnaissent probablement qu'une seule et même cause immédiate, puisqu'on les observe souvent à la fois ou successivement chez la même personne.

Au reste, la question des hémorrhagies constitutionnelles est pour ainsi dire encore vierge. A part quelques faits publiés dans ces derniers temps, je ne connais rien qui soit capable de nous donner une idée des circonstances au milieu desquelles on voit apparaître ces hémorrhagies. C'est donc une étude intéressante à faire sous le double rapport de la prophylactique et du traitement. Car si l'on arrivait à connaître les conditions organiques qui prédisposent à ce genre d'affection, on pourrait peut-être en atténuer les effets ou même les prévenir, en cherchant à modifier la constitution à l'aide de moyens hygiéniques et thérapeutiques. Dans tous les cas, on devra tenir compte de cette disposition particulière de l'économie, afin de n'employer que des moyens appropriés, et d'éviter ceux qui seraient contraires. C'est ainsi par exemple, que la saignée, qui est très-bien indiquée quand il y a diathèse inflammatoire, ne conviendrait nullement, comme on le verra, dans le cas de constitution hémorrhagique.

Mais afin d'acquérir des notions plus positives sur un sujet aussi important, il me semble nécessaire de rassembler ici tous les exemples connus d'hémorrhagie constitutionnelle, d'autant plus qu'ils sont encore peu nombreux. Je commen-

cerai par l'observation que j'ai recueillie dernièrement à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Roux.

Obs. I.ère — *Anévrysme faux-primitif occupant l'éminence thénar de la main droite ; hémorrhagies consécutives à l'ouverture de la tumeur ; compression et cautérisation pratiquées sans succès ; ligature des artères radiale et cubitale ; nouvelles hémorrhagies ; mort.* — Desablot, âgé de 24 ans, employé aux halles, fut admis à l'Hôtel-Dieu le 9 avril 1837, pour une tumeur anévrysmale qu'il portait à la main droite depuis plusieurs semaines. Ce jeune homme issu de parents sains et bien portants, réunissait la plupart des attributs du tempéramment lymphatico-sanguin. Il avait la peau blanche, le teint frais et légèrement coloré, les cheveux blonds et la lèvre supérieure saillante, mais aussi la taille élevée, les chairs fermes et les muscles très-développés. Quoique d'une santé robuste en apparence, il présentait une disposition aux hémorrhagies d'autant plus remarquable qu'un de ses oncles était mort de cet accident à la suite d'un anévrysme de l'artère poplitée. Depuis son enfance, il était sujet à de fréquents épistaxis qu'on avait souvent beaucoup de peine à arrêter, la moindre blessure occasionnait toujours une hémorrhagie assez abondante. Une fois même, à la suite d'une application de sangsues sur le genou droit pour une contusion, il survint une perte de sang assez considérable pour mettre la vie du malade en danger.

Deux mois environ avant son entrée à l'hôpital, ce jeune homme voulant recevoir dans ses bras une personne qui descendait de voiture, s'était *démis*, disait-il, ou luxé le pouce de la main droite auquel il avait aussitôt rendu par une traction violente sa direction et sa forme naturelles. Quelques jours seulement après cet accident il avait vu se développer au centre de l'éminence thénar correspondante, une tumeur molle, circonscrite, qui devint bientôt assez grosse et douloureuse ponr l'empêcher de travailler. Nonobstant l'emploi des sangsues et des cataplasmes émollients, cette tumeur fit des progrès rapides jusqu'au point d'acquérir le volume d'un œuf de poule. Ce ne fut pourtant que vingt jours après son apparition, que le malade réclama les conseils de M. le docteur Berjaud. Celui-ci, malgré la tension élastique de la tumeur, y reconnut une fluctuation manifeste, exempte de toute espèce de frémissements ou de pulsations, qui pussent faire croire à l'existence d'une

anévrysme. Il pratiqua donc avec une lancette une ponction peu profonde à son centre, dans l'endroit où la peau, de couleur ardoisée et amincie, menaçait de se rompre prochainement. Aussitôt une grande quantité de sang liquide, rouge pâle, s'échappa de la tumeur non par saccades, mais en nappe. La compression méthodique des artères radiale et cubitale fut tentée inutilement pour arrêter l'hémorrhagie, qui ne cessa que sous l'influence d'une forte compression appliquée sur l'ouverture même de la tumeur.

Plusieurs jours après, l'hémorrhagie se reproduisit lorsque le malade voulut renouveler son premier pansement, et fut arrêtée une seconde fois par le rétablissement du même appareil.

Quatre ou cinq jours plus tard, même imprudence de la part du malade, nouvelle hémorrhagie assez abondante, même conduite du chirurgien, qui fut suivie du même résultat.

Enfin une quatrième hémorrhagie eut lieu dans les premiers jours du mois d'avril et fut suspendue cette fois par la cautérisation de l'intérieur du foyer avec le fer rouge.

Alors, se défiant de l'avenir, comme il le dit lui même dans une note qu'il a bien voulu nous communiquer à ce sujet, M. Berjaud amena son malade à l'Hôtel-Dieu. Ce dernier était déjà très-affaibli par les hémorrhagies successives qu'il avait éprouvées. Sa figure était pâle, altérée, ses lèvres blafardes, sa voix très-faible. Le système musculaire n'avait plus chez lui que très-peu d'énergie ; aussi se laissa-t-il tomber sur sa chaise comme un homme épuisé de fatigue. Depuis longtemps la tumeur n'avait changé ni d'aspect ni de volume; elle occupait toute l'épaisseur de l'éminence thénar, et faisait même un peu saillie à la face dorsale de la main entre les deux premiers os du métacarpe ; molle et fluctuante, elle ne présentait de battements en aucun point de sa surface. La peau qui la recouvrait était bleuâtre et percée à son centre d'une large ouverture oblitérée par un tampon de charpie, qui suffisait alors pour arrêter l'écoulement sanguin. Mais l'hémorrhagie s'étant reproduite pendant la nuit, on enleva l'appareil, et du sang rouge pâle, très-fluide, s'écoula avec abondance et en nappe par la plaie. La pression de la tumeur en faisait sortir quelques caillots de sang noir ; le doigt introduit par l'ouverture pénétrait dans un grande cavité formée aux dépens des parties molles et de la face antérieure et externe du premier os du métacarpe. Le malade disait éprouver dans cette région un sentiment d'engourdissement plutôt qu'une véritable douleur. Il ne pouvait imprimer aucun mou-

vement à son pouce. La face dorsale des doigts de la main était le siége d'un gonflement œdémateux qui s'étendait jusque sur la partie inférieure de l'avant bras. Du reste, le pouls conservait encore assez de force et les organes intérieurs ne paraissaient pas autrement altérés. Lorsqu'on comprimait l'artère radiale, l'hémorrhagie s'arrêtait immédiatement, mais pour reparaître un instant après. Elle ne cessait entièrement que par la compression de l'artère cubitale.

Dans cet état de choses, M. Roux réfléchissant, d'une part, à l'impuissance de la compression sur la tumeur et de la cautérisation pour arrêter l'hémorrhagie qui menaçait déjà de devenir dangereuse, et de l'autre, voyant l'impossibilité d'aller à la recherche des bouts de l'artère ouverte, résolut de pratiquer de suite la ligature de la radiale à la partie inférieure de l'avant-bras, se réservant de lier la cubitale dans le cas où cela serait nécessaire.

L'opération ne présenta rien de remarquable, si ce n'est quelques difficultés de saisir l'artère à cause de l'engorgement œdémateux du tissu cellulaire et de l'afflux continuel d'une grande quantité de sang vers la plaie. Malgré cette première ligature, le sang continuant de couler par la paume de la main, on lia sur le champ l'artère cubitale, et l'hémorrhagie fut enfin suspendue pour un moment.

Après qu'on eut fermé les plaies et fait les pansements convenables, le malade fut reconduit à son lit. Mais une heure s'était à peine écoulée, que le sang avait déjà mouillé tout l'appareil, et coulait non seulement par la plaie de la main, mais encore par les deux incisions pratiquées à l'avant-bras pour les ligatures des deux artères. Appelé près du malade, et pensant que peut-être la circulation avait pu se rétablir par les inter-osseuses, j'appliquai le tourniquet sur l'artère brachiale, quatre pouces environ au-dessus de l'articulation du coude. Mais, chose étonnante, malgré cette compression parfaitement exacte (puisqu'on ne sentait aucune pulsation au-dessous), l'hémorrhagie ne cessa pas.

Bientôt alors épuisé par cette perte continuelle de sang que rien ne put arrêter, le malade perdit connaissance, et mourut à trois heures de l'après midi sans convulsion.

Ouverture du cadavre faite 40 heures après la mort. Rigidité musculaire très-prononcée. Paleur générale des téguments.

L'encéphale et les méninges étaient exsangues, mais sans autre altération.

Les poumons affaissés sur eux-mêmes et partout crépitants étaient

unis dans quelques points aux parois thoraciques par des adhérences celluleuses assez serrées. Pâles à l'intérieur comme à l'extérieur, ils offraient seulement une coloration rouge brique à leur bord postérieur.

Le cœur était assez volumineux mais proportionné d'ailleurs au développement musculaire du sujet. Ses cavités droites contenaient une petite quantité de sang rougeâtre, très fluide; rien dans les cavités gauches.

Tous les organes de l'abdomen, tous les muscles étaient pâles et à peu près exsangues. On n'y remarquait rien autre chose.

Les artères du membre supérieur droit furent injectées jusque dans leurs petites ramifications, et leur examen minutieux, ainsi que celui des veines correspondantes, ne m'a fait découvrir aucune anomalie dans le calibre et les divisions, le nombre et les rapports de ces vaisseaux. Je me suis assuré que les artères radiale et cubitale avaient été parfaitement étreintes par les ligatures, et qu'il n'y avait pas encore de caillot formé soit au-dessus soit au-dessous du point comprimé. De même il fut impossible de constater la moindre altération de structure dans les vaisseaux du plus petit comme du plus gros calibre.

L'arcade palmaire profonde était intacte. L'anastomose de la superficielle avec la radiale paraissait être la seule branche un peu importante qui vint se perdre dans la poche anévrysmale. Du reste toutes les parties molles qui formaient cette tumeur étaient réduites en une bouillie noirâtre au milieu de laquelle on ne pouvait rien distinguer. Les articulations carpo-métacarpienne et métacarpo-phalangienne du pouce présentaient une véritable diastase avec déchirure des ligaments, *en avant* pour la première et *en arrière* pour la seconde, ce qui vous explique très-bien la luxation d'un pouce en arrière, luxation qu'il était facile de reproduire sur le cadavre et que le malade disait avoir réduite immédiatement après son accident.

Le phénomène particulièrement remarquable dans le cas qui nous occupe, c'est la persistance de l'hémorrhagie. Comment se fait-il en effet que la nature n'ait pas opéré l'oblitération des petits vaisseaux rompus chez un jeune homme qui se trouvait en apparence dans les conditions les plus favorables à ce résultat. Pourquoi d'ailleurs l'écoulement sanguin a-t-il

continué après la ligature des artères radiale et cubitale et la compression exacte de l'artère humérale?

L'examen du cadavre et en particulier du membre supérieur droit dont les artères injectées ont été suivies, comme nous l'avons dit jusqu'à leur dernière ramification, nous aurait presque démontré l'insuffisance de l'anatomie pathologique pour expliquer un pareil phénomène si toutefois l'expérience n'avait appris qu'avant de trancher une question de cette nature il fallait au moins l'envisager sous toutes ses faces. Il est vrai que les recherches les plus minutieuses ne nous ont fait découvrir aucune particularité de structure, aucune anomalie dans le nombre, le calibre et la distribution des vaisseaux artériels et veineux. Mais est-ce à dire pour cela que tous les organes fussent à l'état sain. Je ne le pense pas, uniquement par cette raison, qu'il n'y a pas d'effet sans cause, et que sans une disposition organique spéciale il est impossible d'admettre que la mort soit le résultat d'une hémorrhagie capillaire. Car si l'écoulement sanguin s'est reproduit presqu'aussitôt après la ligature des artères radiale et cubitale, et même après la compression méthodique de l'humérale, on ne saurait évidemment en accuser l'ouverture de quelque vaisseau tant soit peu volumineux. Reste donc à savoir en quoi consiste cette funeste disposition aux hémorrhagies. Sans entrer ici dans une discussion qui trouvera naturellement sa place ailleurs, je ferai remarquer, d'une part, l'intégrité du moins apparente des parties solides, et de l'autre, l'état et la qualité du sang qui ressemblait à de l'eau rougie. Peut-être même ce liquide avait-il éprouvé quelque changement dans sa composition. C'est ce qu'on n'a pas essayé de constater au moyen de l'analyse chimique. Toujours est-il qu'il faut d'abord tenir compte de sa fluidité très-grande et de son défaut de plasticité, sauf à en rechercher la raison un peu plus tard.

Indépendamment des causes pathologiques dont il vient d'être question, il en est d'autres qui tiennent à l'organisation

normale et qui sont propres à certaines parties du corps. Les plaies de la paume de la main dit M. Sanson (*Des hémorrhagies traumatiques, thèse de concours*. Année 1836, page 322) donnent lieu à d'abondantes hémorrhagies primitives, et sont particulièrement disposées aux hémorrhagies consécutives, ce qui s'explique facilement par la multitude et le volume des communications anastomotiques entre les artères de cette région. La densité du tissu cellulaire, les rameaux nombreux qui naissent des branches principales, les assujétissent dans le lieu qu'elles occupent, de telle sorte que lorsque ces artères sont divisées, les bouts du vaisseau ne peuvent se rétracter. Alors on a souvent beaucoup de peine à se rendre maitre de l'hémorrhagie, Il arrive même quelquefois, commo dans le cas que je viens de rapporter, que la ligature des artères radiale et cubitale, et la compression de la brachiale restent tout à fait sans succès ; mais il est bien probable que, chez ces individus, l'hémorrhagie est entretenue par une altération organique toute particulière ; aussi bien, chez notre malade, le sang pâle et séreux ne s'écoulait pas seulement par la plaie de l'éminence thénar, mais encore de toute la surface des incisions pratiquées pour l'application des ligatures, absolument comme à travers un filtre ou la substance d'une éponge. Si nous réfléchissons, en outre, aux différentes hémorrhagies survennes soit spontanément, soit à l'occasion de la moindre blessure, nous ne pourrons pas nous refuser d'admettre que ce malheureux, doué d'une constitution qu'on pourrait appeler hémorrhagique, portait en lui-même la cause première de tous les accidents qui lui sont arrivés.

Au reste, les observations suivantes vont nous fournir des exemples du même genre, toutefois sans que l'hémorrhagie ait eu lieu par suite d'une cause accidentelle, comme dans le cas qui précède.

Obs. II. — On trouve dans le *Journal du Progrès* (année 1828) une note sur une famille Saxonne composée de cinq enfants, dont

l'aîné mourut d'hémorrhagie pour s'être mordu la langue, dont le second perdait beaucoup de sang dès qu'on lui enlevait l'épiderme et dont le cinquième présentait la même disposition mais à un moindre degré.

Obs. III. — Un homme âgé de 41 ans, d'une constitution épuisée par plusieurs pertes de sang abondantes et par des douleurs rhumatismales, s'étant heurté légèrement le côté contre la clef d'une porte, eut une tumeur sanguine considérable, accompagnée de faiblesse du pouls et de lipothymies. Il avait été sujet dans son enfance à des épistaxis poussés jusqu'à la syncope; plus tard à des hématuries qui ont cessé vers l'âge de 34 ans pour faire place à des infiltrations sanguines à l'occasion de la cause la plus légère, à tel point qu'une petite fille ayant appuyé son coude contre la partie inférieure et externe du bras du malade, il en résulta un gonflement énorme et un ecchymose qui s'étendirent jusqu'à l'aisselle.

Un des grands oncles de cet homme était mort d'une hémorrhagie dont on ne put préciser ni le siège ni la source. Un de ses oncles, sujet au saignement des gencives, avait aussi succombé à l'âge de 17 ans, à une hémorrhagie causée par l'extraction d'une dent. Des dix sept frères et sœurs qu'il a eus, quatorze sont morts avant l'âge de 3 ans, sans qu'on puisse décider quelle a été la cause de leur mort, bien que la mère dise que c'est le sang qui les a *étouffés*. Une de ses sœurs a péri à l'âge de six semaines d'une hémorrhagie par la vulve. Deux de ses frères seulement sont parvenus à un âge plus avancé; mais tous les deux étaient sujets à des épistaxis abondants, et perdaient beaucoup de sang par la moindre blessure. L'un est mort à 9 ans, à la suite d'un coup à la tête qui détermina une infiltration énorme de sang au-dessous du cuir chevelu. L'autre ayant reçu, à l'âge de 17 ans, un coup d'instrument tranchant au mollet, eut une hémorrhagie si opiniâtre, que l'on fut obligé de lier l'artère crurale; il mourut d'une hémorrhagie consécutive à cette ligature. (Lafargue, *Revue médicale*, n° d'octobre 1835.)

Cette observation, malgré tous ses détails, est incomplète en ce sens qu'elle ne fait pas connaître la terminaison de l'épanchement sanguin dont le malade présentait un exemple remarquable; mais d'après ce qui m'a été rapporté sur ce fait, il paraîtrait que la tumeur se serait dissipée sous l'influence des astringent, et qu'à sa sortie de l'hôpital de la Pitié, le malade aurait prévenu M. Lisfranc, dans le service duquel il

était placé, qu'il reviendrait de nouveau réclamer ses services, tant il était sujet aux hémorrhagies. Qu'est-il advenu ? je l'ignore.

Quoi qu'il en soit, cet homme nous offre une disposition bien manifeste aux hémorrhagies, disposition qu'il partage avec ses frères et sœurs, et que ces derniers semblent avoir héritée de leurs parents. Il ne peut donc pas y avoir le moindre doute sur l'existence d'une constitution vraiment hémorrhagique, qui fait périr de la même manière et par des causes insignifiantes, presque tous les membres d'une nombreuse famille, et pendan tplusieurs générations, tandis que chez d'autres individus on n'observe rien de semblable sous l'influencede causes analogues souvent beaucoup plus graves. Ici, cette disposition n'était annoncée par aucun caractère extérieur particulier, et je ne pense pas qu'on puisse considérer comme tel l'état dans lequel le malade se trouvait lors de son entrée à l'hôpital. Ce n'était qu'un effet acidentel qui s'explique très-bien par les pertes de sang répétées et abondantes auxquelles il était sujet depuis son enfance.

Enfin, cette observation nous offre un premier exemple de constitution hémorrhagique accompagnée de douleurs rhumatismales. On est surpris au premier abord de trouver réunies chez le même individu deux maladies opposées en apparence, et qui diffèrent l'une de l'autre sous plusieurs rapports. Néanmoins cette coïncidence singulière n'est pas très-rare, comme il sera facile d'en juger par les exemples suivans.

Obs. IV.— On trouve dans les *Arch. gén. de méd.* (nº. d'octobre 1833) rapporté sous le titre de diathèse hémorrhagique et rhumatismale, le cas particulier dont je transcris ici les détails. Le docteur Hugues eut occasion de voir un enfant de 10 à 12 ans qu'il jugea atteint de rhumatisme.

Cette opinion fut mise en doute par une dame âgée, appartenant à la même famille, et qui connaissait toutes les circonstances antécédantes de ce cas. Par des informations ultérieures, le médecin s'assura que c'était un cas d'hérédité, le rhumatisme étant là

suite d'une hémorrhagie à laquelle l'enfant avait été sujet depuis son enfance. Ayant appris que cette affection était commune à tous les membres de cette famille, il fit des recherches à ce sujet et obtint les détails suivants :

1° Les individus mâles de cette famille étaient sujets à des crachements et à des vomissements de sang, à des selles sanguines, à l'hématurie, à des épistaxis, à des entravasations sanguines dans le tissu des muscles et des téguments dans tous les points du corps, mais particulièrement aux membres, produisant des taches foncées et du gonflement, et s'accompagnant souvent, au bout de quelques jours, de douleur obtuse et de raideur; et à des hémorrhagies abondantes et opiniâtres à l'occasion des incisions les plus légères, en quelque partie du corps que ce fût.

2°. L'hémorrhagie ne se manifestait jamais seule, elle s'accompagnait constamment d'un rhumatisme plus ou moins étendu.

3° Les entorses ou les contusions les plus légères ont toujours été suivies d'un rhumatisme dans la partie.

4° Le plus grand nombre des hommes qui sont parvenus à un âge avancé, ont été presque impotents par le rhumatisme.

5°. Aux approches de la vieillesse, la tendance aux hémorrhagies diminuait.

6°. Un grand nombre de sujets mâles sont morts dans le premier âge de la vie.

7°. La mort par hémorrhagie avait eu lieu fréquemment plusieurs fois à la suite d'une saignée, quelquefois après une plaie accidentelle, d'autres fois par une hémorrhagie interne; deux fois la mort par hémorrhagie a été la suite de la simple application d'un vésicatoire.

Les *vésicatoires*, suivant le langage de la personne de qui l'on tient ces renseignements, *donnaient du sang au lieu d'eau.*

8°. Des deux affections, l'hémorrhagie et le rhumatisme, la première avait toujours précédé l'autre.

9°. Les femmes, quoiqu'elles ne présentassent jamais la même disposition, la transmettaient sans exception à tous leurs enfants.

10° Cette disposition pouvait être facilement suivie jusqu'à la 4e ou 5e génération.

Cette observation confirme ce que nous avons dit précédemment sur l'existence bien réelle d'une disposition particulière aux hémorrhagies, sur sa coïncidence avec l'affection

rhumatismale, enfin sur sa transmission par voie d'hérédité pendant plusieurs générations. A cette occasion je ferai encore une remarque dont je ne cherche pas à donner l'explication : c'est que dans cette longue série d'individus atteints de la même maladie, il est singulier que ceux du sexe masculin en aient seuls été frappés. Déjà l'on a pu voir dans l'observation précédente, que la disposition aux hémorrhagies avait affecté *presque* exclusivement les enfans mâles.

Obs. V. — On lit encore dans les *Archiv. gén. de méd.* (n°. de juillet 1835), l'histoire de la famille Gamble, dont les enfants mâles présentaient la même disposition aux hémorrhagies. L'un périt à l'âge de neuf ans, d'une hémorrhagie survenue par suite de l'application de ventouses scarifiées, application faite pour un rhumatisme du genou; le plus jeune, âgé de 6 ans, se heurta la tempe contre l'angle d'une table. Il en résulta une hémorrhagie qui, malgré les efforts de plusieurs médecins recommandables, ne put être arrêtée. L'enfant mourut le lendemain. John Gamble, âgé de 13 ans, et sujet à des épistaxis alarmans par leur abondance, fut affecté d'un rhumatisme de l'articulation scapulo-humérale. On ne mit que deux sangsues sur l'épaule, et l'écoulement sanguin persista pendant trois jours. John était blond, il avait les chairs molles et pâles; le sang qui s'écoula par les morsures de sangsues ne se coagula pas; mais on ne put constater si cette constitution hémorrhagique reconnaissait pour cause cette dernière circonstance, ou si l'on devait l'attribuer à ce que les capillaires veineux et artériels ouverts par les sangsues, restaient béants, leurs parois ne s'affaissant point et ne se mettant point en contact comme cela a lieu ordinairement.

Une sœur de ces enfants est mariée et est accouchée sans hémorrhagie dangereuse.

Cependant il parait que certaines femmes ont le funeste privilège d'être frappées à chaque parturition après la délivrance, sans cause apparente, de pertes utérines foudroyantes qu'il est très-difficile d'arrêter. M. Guillemot en a rassemblé plusieurs exemples remarquables dans un mémoire sur ce sujet qu'il a publié dans les *Archives générales de médecine*

(numéro de mai 1829). Mais dans aucun des cas qu'il rapporte, il n'est question de ces hémorrhagies héréditaires qui frappent un plus ou moins grand nombre d'individus de la même famille, et se renouvellent pour la moindre cause, en un mot de celles qui méritent véritablement le nom de *constitutionnelles*. Toutes ses observations, au contraire, ont trait à des hémorrhagies en quelque sorte idiopathiques, propres à quelques femmes, et qui apparaissent dans des circonstances toujours les mêmes, c'est à dire après le décollement du placenta. Une fois qu'elles se sont manifestées, il est vrai, la même cause les reproduit assez constamment; mais est-ce une raison pour établir une identité parfaite entre ces pertes de sang accidentelles et celles dont nous nous occupons? je ne le pense pas, d'autant plus que cet accident est tout-à-fait local, et qu'il trouve d'ailleurs une explication suffisante dans la circonstance de l'accouchement. Ce qui me confirme encore dans mon opinion, ce sont les paroles mêmes de l'auteur du mémoire, à propos des causes des métrorrhagies après la délivrance. « Les constitutions molles, dit-il, les tempéraments lymphatiques et nerveux, les régles excessives qui s'établissent avant le terme ordinaire de la menstruation, la lenteur des contractions et la mollesse des parois de la matrice, sont les conditions dont la réunion peut seule nous permettre de prévoir et d'annoncer comme certaine l'apparition de la perte foudroyante, surtout lorsque déjà la femme y aura été exposée. » Or toutes ces conditions réunies produiront presque toujours le même effet, quelle que soit la femme chez laquelle on les rencontre, tandis qu'on n'observe rien de semblable pour les hémorrhagies constitutionnelles.

Quant au traitement des métrorrhagies après la délivrance, l'expérience prouve que l'ergot, administré quelques heures avant et après l'accouchement, est le plus sûr moyen de la prévenir.

Je dois à l'obligeance de M. Recours les détails de l'obser-

vation suivante qu'il a recueillie cette année au cours de M. Marjolin.

Obs. VI. — Un homme âgé de 40 ans, d'une constitution molle et lymphatique, était sujet et pour la cause la plus légère à des pertes de sang très-abondantes. Ainsi, deux fois, l'hémorrhagie à laquelle l'extraction d'une dent avait donné lieu, nécessita l'emploi de la compression pendant plusieurs jours. Une autre fois, on fut obligé d'avoir recours au cautère actuel pour arrêter le sang qui provenait de la piqure des sangsues. Une simple piqûre d'épingle faite à l'un des doigts, provoqua le même accident, qui ne disparut que par le même moyen. Enfin, il arrivait assez souvent qu'à la suite d'efforts plus ou moins violents, le tissu cellulaire sous-cutané devenait, dans un ou plusieurs points du corps, le siège de larges ecchymoses ou même de véritables épanchements sanguins.

C'était pour une tumeur de cette nature très-considérable et survenue spontanément à la partie interne de la cuisse, que le malade avait consulté M. Marjolin. Ce professeur n'a pas dit s'il y avait dans la famille de cet individu quelqu'un qui présentât la même disposition aux hémorrhagies; mais il est à remarquer que chez ce malade le sang était fluide, et ne s'arrêtait difficilement que lorsqu'il était fourni par les vaisseaux capillaires; car, dans plusieurs saignées du bras qu'on lui avait pratiquées, la cicatrisation de la veine ouverte s'était faite aussi rapidement que chez toute autre personne.

A propos de ce fait remarquable et de quelques autres du même genre qu'il a observés, M. Marjolin se demande si de pareilles hémorrhagies dépendent d'une maladie des solides ou d'une altération du sang. Tout en tenant compte de la trop grande fluidité de ce liquide qu'il croit ne plus être à l'état normal, il s'est prononcé néanmoins pour l'existence d'une atonie du système capillaire, et bornée aux vaisseaux de cet ordre. En conséquence il conseille d'employer en pareil cas les préparations ferrugineuses, l'alun, un régime tonique et des bains froids.

Cette opinion de M. Marjolin sur la cause des hémorrhagies constitutionnelles doit certainement être prise en grande considération. Néanmoins il est à regretter que ce savant pra--

ticien n'ait pas fait connaitre les raisons sur lesquelles il se fonde pour admettre une atonie du système capillaire plutôt qu'une altération du sang.

En attendant que des faits assez nombreux et bien observés nous permettent d'adopter cette opinion, il semble qu'il est préférable de rester dans le doute et de ne se laisser guider dans la pratique que par l'observation des faits. Voici deux observations qui nous offrent des résultats importants sous ce rapport.

Obs. VII. — John Otto, médecin à Philadelphie, raconte que la femme Smith, établie en Amérique, près de Plymouth, transmit à tous ses descendants mâles une telle disposition aux hémorrhagies, que non seulement les égratignures ont pu déterminer des pertes de sang considérables ou mortelles, mais encore que la guérison de ces plaies n'a jamais été obtenue d'une manière durable chez certains sujets de cette famille. On a vu les cicatrices se rompre au bout de quelques jours, l'hémorrhagie se reproduire, et causer la mort.

Les individus de cette famille ne voulaient pas se faire saigner, plusieurs de leurs parents étaient morts à la suite de cette opération; le sang n'avait pu être arrêté, tous les moyens employés avaient été inutiles.

Depuis quelques années seulement cette famille a trouvé un remède auquel sans doute les médecins n'auraient pu penser, et qui cependant, quoiqu'il ne semble avoir aucun rapport avec la maladie, a tout le succès désiré; c'est le sulfate de soude pris pendant plusieurs jours à dose suffisante pour purger; il arrête facilement l'hémorrhagie et favorise la cicatrisation de la plaie. Il a été administré avec succès, même dans le cas où la durée de l'hémorrhagie avait déjà beaucoup affaibli le malade.

Les individus mâles de cette famille étaient seuls sujets aux hémorrhagies en même temps qu'ils avaient souvent des rhumatismes articulaires. (Latour, *Hist. des causes prochaines des hémorrhagies*, tom. 1. pag. 105.)

Obs. VIII. — Krimer dit avoir connu une famille dont tous les descendants mâles pendant quatre générations, ont péri d'hémorrhagie. Il reste encore un membre de cette famille qui ne se garantit de cet accident qu'en évitant avec soin les lésions trau-

matiques les plus légères et en faisant un usage fréquent du sel de Glauber.

J'ai dit en commençant que les anciens avaient été conduits par l'observation à rapprocher les éffusions sanguines traumatiques, de ces hémorrhagies spontanées, opiniâtres, qui se renouvellent souvent sans cause appréciable, et qui déterminent quelquefois la mort. Jusqu'à présent la plupart des observations que j'ai rapportées sont venues à l'appui de cette remarque dont nous pouvons apprécier la justesse en voyant apparaître chez le même individu soit à la fois, soit successivement, ces deux sortes d'hémorrhagies. L'observation suivante nous en présente encore un exemple.

Obs. IX.—M. Sanson rapporte (*des hém. trans.—Th. de concours* 1836) l'observation d'Appleton qui, après avoir été sujet à des hémorrhagies graves, finit par succomber à une double hémorrhagie, l'une par le canal de l'urètre, l'autre provenant d'une excoriation située à la région de la hanche et résultant de la prolongation du décubitus sur cette partie. Sur dix-sept petits enfants et arrière-petits enfants qu'eut cet homme, cinq moururent d'hémorrhagie pour des blessures insignifiantes, et tous les autres furent sujets à des hémorrhagies spontanées dont quelques uns périrent.

Obs. X. — S'il faut s'en rapporter au témoignage de Alza-Aaravius, plusieurs enfants de la même famille après s'être frotté les gencives avec la main, ont eu des hémorrhagies si rebelles, qu'elles n'ont cessé qu'après les avoir épuisés et leur avoir donné la mort, et qu'un autre ayant eu une veine ouverte, périt aussi de cette hémorrhagie qui ne cessa qu'avec la vie. (Latour, *loc. cit.* pag. 105).

A l'occasion de cette dernière circonstance relative à une hémorrhagie mortelle survenue par suite de l'ouverture d'une veine du bras dans la saignée, je rappellerai les observations 4e et 7e dans lesquelles on a vu que la mort avait été aussi le résultat de cette opération. Il résulte de ces différents cas que la constitution hémorrhagique ne dépend pas seulement d'une atonie du système capillaire, comme le pense M. Mar-

jolin, mais que les vaisseaux d'un plus gros calibre peuvent également participer à la disposition organique qui entretient ainsi un écoulement de sang indéfini. Au reste, nous reviendrons sur ces faits lorsque nous nous occuperons de la cause prochaine des hémorrhagie s constitutionnelles.

Arrivons maintenant à des cas, en quelque sorte plus simples que tous ceux que nous avons vus jusqu'à présent, mais qui n'en présentent pas moins un grand intérêt à cause de la disposition particulière à laquelle étaient dues l'abondance et l'opiniâtreté des hémorrhagies.

Obs. XI. — Un barbier de Venise, en se coupant les poils du nez, s'entama la peau avec la pointe des ciseaux dont il se servait : il en résulta une effusion sanguine qu'aucun moyen ne put arrêter, et qui devint mortelle. (Latour, *loc. cit.*).

M. Lisfranc communiqua le fait suivant à l'académie de médecine, dans la séance du 27 septembre 1827.

Obs. XII — Une femme entre à la Pitié, affectée d'un ulcère simple, et d'une gastrite poar laquelle on appliqua des sangsues à l'épigastre; il y eut un écoulement de sang modéré qui cessa bientôt; mais au bout de trois jours, pendant la nuit, les morsures de sangsues se rouvrent, et la malade est trouvée le matin morte à la suite d'une hémorrhagie abondante.

Obs. XIII. — Il existe, chez certains individus, une tendance étonnante aux hémorrhagies, pour de très-légères causes. M. Blagden a rapporté dernièrement un cas de ce genre où l'extraction d'une dent fut suivie d'une hémorrhagie mortelle; le malade qui était âgé de 27 ans, s'était fait arracher une dent étant enfant, et cette opération fut suivie d'une hémorrhagie par l'alvéole, qui dura 21 jours avant qu'on pût l'arrêter. Une très légère blessure qu'il reçut à la tête fut aussi suivie d'une perte de sang alarmante, que l'on ne put arrêter ni par la compression, ni par les styptiques ni par la ligature, de sorte qu'on fut obligé d'employer l'alkali volatil concentré qui réussit. Ce malade s'étant fait arracher plus tard une autre dent cariée, il éprouva une abondante hémorrhagie qui résista à l'effet des styptiques, des caustiques et de tous les moyens employés pour boucher l'alvéole. Ce fut en vain qu'on eut recours au cautère actuel; l'état dangereux où se trouvait le

malade semblait ne laisser d'autres ressources que la ligature de l'artère carotide, que pratiqua M. Brodie; mais cette opération elle-même ne put réussir pour arrêter l'hémorrhagie qui devint mortelle.

Sam. Cooper, auquel j'emprunte cette observation, ajoute que l'hémorrhagie par des piqûres de sangsues est extrêmement rebelle, et qu'on l'a vue dans certains cas être suivie de la mort, surtout chez les enfants (*Dict. de chir. prat.* art. *hémorrhagie*), M. Olivier (d'Angers) m'a dit avoir eu l'occasion d'en observer un exemple.

Obs. XIV.—Dans son article du *Dict. abrégé des sc. méd.* M. Bégin dit avoir observé à l'hôpital militaire de Metz, un soldat qui avait reçu un coup de sabre dans les chairs de la cuisse : aucun vaisseau remarquable n'était ouvert; cependant une exhalation sanguine continuelle avait lieu à la surface de la plaie, malgré les saignées, les adoucissements et tous les moyens antiphlogistiques généraux, malgré l'usage local des réfrigérans, des absorbants, des astringents les plus énergiques, l'hémorrhagie continuait; le malade enfin était prêt de succomber, lorsqu'une cautérisation de la blessure changea la manière d'agir des tissus, et détermina une phlogose intense qui fut suivie d'une prompte cicatrisation. Une blessure que cet homme avait reçue précédemment au bras, avait déjà été rendue dangereuse par les hémorrhagies réitérées dont elle avait été la source.

Cette observation est surtout importante en ce sens, qu'elle nous fournit un exemple d'hémorrhagie constitutionnelle, que ni les styptiques, ni les astringents les plus énergiques ne purent arrêter. Dans ce cas, comme dans plusieurs de ceux que nous avons déjà rapportés ou que nous rapporterons plus bas, comment expliquer la persistance de l'hémorrhagie par l'atonie du système capillaire? On ne doit voir, ce me semble, dans la cautérisation *qui changea la manière d'agir des tissus*, qu'une cause mécanique d'oblitération des plus petits vaisseaux qui permit au sang de se coaguler, et par suite, à la plaie de se cicatriser. Cette opinion me paraît d'autant mieux fondée que nous voyons dans l'observation suivante un cas à peu

près semblable où l'on ne peut guère attribuer l'hémorrhagie qu'à une altération primitive du sang, puisque la malade était scorbutique.

Obs. XV. — J'ai rarement été, dit J. L. Petit, dans la nécessité de me servir de la ligature pour les vaisseaux de la mamelle, parceque ce qui reste de chair après l'amputation de cette glande est si peu de chose, et de plus le sternum et les côtes qui résistent dessous sont si favorables à la compression, que le bouton d'alun m'a toujours suffi; j'ai cependant eu entre les mains deux femmes qui, pendant huit jours, perdirent continuellement du sang. L'une mourut sans que je pusse remédier à l'hémorrhagie; ce n'est pas qu'il y eût dans ces malades quelque vaisseau considérable d'ouvert; mais le sang sortait comme d'une éponge dans toute l'étendue de la plaie : il ne s'arrêtait que lorsque ces femmes tombaient en défaillance; car sitôt qu'elles reprenaient des forces, le sang coulait de nouveau. Ces personnes avaient un vice scorbutique; elles furent traitées très méthodiquement avec les remèdes spécifiques les plus convenables à cette maladie. L'une guérit, mais l'autre succomba; pareil accident arrive souvent aux ulcères scorbutiques, en quelque lieu qu'ils soient. (*œuv. compl.*, *bibliot. chirurg.* 3e. liv. pag. 442).

Enfin je terminerai par une observation recueillie dans le service de Dupuytren et publiée par M. Sanson, dans son travail sur les hémorrhagies traumatiques; elle prouve que cet accident grave peut quelquefois dépendre, du moins en apparence, d'une cause accidentelle.

Obs. XVI. — Une jeune fille, âgé de 18 ans, d'une bonne constitution, mais sujette à des palpitations et à des étourdissements remarquable d'ailleurs par une forte coloration des parties supérieures, devait être soumise à une opération pour une tumeur fibreuse de l'aisselle, lorsqu'elle fut prise d'un crachement de sang veineux très-abondant. M. Dupuytren, dans le service duquel se trouvait la malade, lui fit pratiquer une saignée du bras de deux palettes, mais non seulement ce moyen n'arrêta pas l'écoulement du sang par la bouche, il fut cause, en outre, d'une hémorrhagie nouvelle. Du sang artériel venant, non pas de la blessure de l'artère brachiale, puisque la saignée avait été faite sur la veine céphalique, mais bien des lèvres de la division pratiquée à la peau

pour pénétrer jusqu'à la veine, s'écoula de suite après la phlébotomie sans qu'on pût l'arrêter. Le sang qui sortait de la bouche provenait d'une alvéole. Malgré tous les moyens qu'on emploie habituellement en pareille circonstance, cette double hémorrhagie fut tellement opiniâtre et abondante qu'elle causa la mort de la malade dans l'espace de quatre jours.

Notons que pendant son séjour à l'hôpital, elle avait été saignée plusieurs fois et que cette opération n'avait jamais rien présenté de semblable.

Autopsie. L'appareil nerveux était sain ainsi que l'appareil respiratoire. On trouva quelques traces d'inflammation sur la muqueuse intestinale.

Le péricarde ouvert laissa échapper environ huit onces de sérosité limpide. Le cœur paraissait sain à l'extérieur; mais lorsqu'on eut ouvert l'oreillette droite pour reconnaître l'état intérieur de cet organe qu'on présumait sain aussi, on la trouva rempli par un corps mou, de la consistance du tissu pulmonaire, dont l'aspect était celui d'un polype fongueux, et dont le tissu, à la fois gélatineux et vasculaire, ou pour mieux dire, cellulo-vasculaire, était composé de vaisseaux fortement injectés, les uns de sang rouge, les autres de sang noir, et d'une trame celluleuse au milieu de laquelle on remarquait des vésicules remplies de liquide de diverses couleurs. Ce corps remplissait exactement la veine cave supérieure laquelle était dilatée dans toute son étendue, au point de présenter la forme d'un *boudin*, excepté au niveau de la première côte où elle offrait un rétrécissement; il s'étendait dans la veine jugulaire droite jusqu'au dessus du tiers inférieur du cou, point où cette veine dilatée jusque là reprenait brusquement son volume normal. Enfin, il remplissait le calibre de la veine sous-clavière droite. Partout ce corps adhérait intimement avec la membrane interne de la cavité dans laquelle il était contenu, ou plutôt il était confondu avec cette membrane de laquelle il paraissait tirer son origine.

Je ne pense pas que ce fait puisse être considéré comme un exemple de constitution hémorrhagique. Car si le sang s'est ouvert une issue à travers une alvéole, ou s'est écoulé de la surface d'une plaie accidentelle sans qu'on ait pu l'arrêter, c'est que la circulation veineuse étant entravée dans une grande étendue, il fallait nécessairement que ce liquide surmontât tous les ob-

stacles qui s'opposaieut à sa circulation. De même que nous voyons la peau qui recouvre certaines tumeurs variqueuses se rompre sous l'effert du sang dont le cours est empêché ou interrompu momentanément, à plus forte raison devait-il s'échapper par une alvéole dont la dent était cariée, et par une solution de continuité des parties molles. Aussi je ne considère cette observation que comme un fait intéressant sous le rapport des effets qui résultent des obstacles au cours du sang veineux, mais nullement comme un exemple d'hémorrhagie *constitutionnelle*.

Après avoir fait connaître, sinon tous les exemples de constitution hémorrhagique, du moins la plupart de ceux qui sont consignés dans les auteurs, notre tâche n'est pas remplie ; il nous reste encore à les rapprocher les uns des autres et à les comparer entre eux sous le triple rapport de leurs causes, de leur effets et de leur terminaison. De la sorte, j'espère mieux saisir leurs rapports ; et par conséquent donner à mes conclusions un plus haut degré d'évidence et de certitude.

CAUSES.—*A. Profession.*—Il est évident qu'aucune influence de ce genre n'a contribué au développement des accidens hémorrhagiques qui ont été signalés.

B. Age. — On n'a guère observé d'hémorrhagie constitutionnelle après l'âge de quarante ans. L'époque de la vie à laquelle cette disposition paraît s'être manifestée le plus fréquemment varie entre l'âge le plus tendre et l'adolescence. C'est du moins ce qui résulte des faits rapportés ci-dessus, quelqu'incomplets qu'ils soient sous ce rapport.

C. Tempérament. — A en juger par les V et VI.e observations, dans lesquelles il est dit que les individus étaient doués d'un *tempérament lymphatique*, et d'après celles qui sont relatives à des sujets en bas âge, où ce même tempérament prédomine en général, on pourrait croire au premier abord que cette condition organique concourt puissamment à la production des hémor-

rhagies ; mais outre que ce mot *tempérament* n'exprime lui-même qu'un certain état tout à fait inconnu de l'organisation, il existe plusieurs cas d'hémorragies constitutionnelles survenues chez des individus adultes et dans la force de l'âge. D'ailleurs ne voyons-nous pas tous les jours des enfans comme des adultes chez lesquels le tempérament lymphatique est porté au plus haut degré, et qui en subissent toutes les conséquences fâcheuses sans jamais être exposés aux mêmes accidents.

D. Hérédité. — Qu'on ne s'imagine pas que j'aie l'intention de rechercher quel est le mode d'influence de l'hérédité dans les maladies, à propos de la constitution hémorrhagique. C'est une question beaucoup trop vaste pour en faire ici, malgré tout l'intérêt qu'elle présente, le sujet d'un examen détaillé. Je ferai seulement remarquer que si jamais on a été autorisé à regarder une maladie comme héréditaire, ou susceptible d'être transmise des parents à leurs enfants par voie de génération, c'est assurément celle qui nous occupe. En effet, la plupart des observations précédentes sont relatives à un plus ou moins grand nombre d'individus de la même famille, dans laquelle on pouvait suivre la disposition aux hémorrhagies jusqu'à la quatrième et cinquième générations. Mais ce qu'il y a de plus singulier, c'est qu'à deux ou trois exceptions près, cette disposition malheureuse affectait exclusivement les individus du sexe masculin. Quelle peut être la cause d'un pareil phénomène?

D'après ce qui précède, on voit qu'aucune des circonstances que nous venons de passer en revue, si ce n'est peut-être la seconde et la dernière, n'est capable de nous éclairer sur la cause prochaine des hémorrhagies constitutionnelles ; et encore l'hérédité n'est-elle, à vrai dire, qu'une énigme presque inintelligible, que nous acceptons comme un fait sans nous en rendre compte autrement.

A quelle modification organique faut-il donc attribuer cet état de l'économie que j'ai appelé constitution hémorrhagique?

Est-il le résultat d'une maladie des solides, et en particulier d'une atonie du système capillaire, d'une altération organique du sang, ou de l'une et de l'autre à la fois? Ces différentes hypothèses, émises le plus souvent sans preuves, ont pour cette raison besoin d'être discutées; je vais examiner ici celle qui réunit le plus de probabilité en sa faveur.

La première opinion, c'est à dire celle qui fait dépendre les hémorrhagies constitutionnelles de l'atonie du système capillaire, ne trouve guère d'appui que dans les considérations relatives à l'âge tendre et au tempérament lymphatique d'un certain nombre d'individus sujets à cette maladie. En effet, quelle que soit la forme sous laquelle celle-ci se présente, on ne trouve, en général, d'autres caractères anatomiques que la solution de continuité et l'écoulement sanguin. La ténuité des vaisseaux les soustrait à l'inspection du Chirurgien, et il est tout à fait impossible de déterminer dans quel état ils se trouvent, soit pendant que le sang coule, soit au moment où il cesse de couler. D'ailleurs, ainsi que je l'ai déjà dit, l'âge et temps rarement assez variables dans le cas qui nous occupe, ne peuvent être regardés tout au plus que comme causes prédisposantes, et en admettant qu'ils aient une influence plus directe sur la production des hémorrhagies, on ne pourrait encore décider si l'altération des solides a précédé celle du sang.

Néanmoins l'occlusion des artères, lorsqu'elles ont été ouvertes, est facilitée, comme on sait, par leur contraction et leur rétraction; il doit s'en suivre que, s'il y a dans les artères un défaut d'action normale qui s'oppose à leur contraction, la coagulation du sang ne suffira pas pour produire l'occlusion des vaisseaux. D'un autre côté, si le sang est plus aqueux, comme cela arrive dans les fièvres adynamiques, ou s'il est altéré, comme dans le scorbut, la réunion des parties peut être empêchée par le défaut de coagulation de ce liquide. Ces deux hypothèses sont également admissibles et fondées sur les lois de

la physiologie. Mais la dernière me paraît trouver son application dans la pratique beaucoup plus fréquemment que la première, l'atonie du système capillaire dépendant moins, à mon avis, d'un état primitif de l'organisation que des altérations diverses dont le sang est susceptible, et des hémorrhagies abondantes qui en sont le resultat.

Toutes les fois, en effet, que les qualités de ce liquide ont été notées, on a pu constater qu'il n'était plus à l'état naturel ou physiologique. En général, il a paru pâle, séreux, d'une fluidité remarquable, semblable à de l'eau rougie, et privé plus ou moins complètement de la propriété de se coaguler. Or, la couleur et la consistance du sang ne sont que l'expression de sa constitution chimique ; et quoique l'analyse n'en ait pas encore été faite en pareille circonstance, il est infiniment probable que sa composition n'était pas la même. Quel changement avait-il éprouvé ? c'est ce qu'il est impossible de préciser, mais la perte de ses propriétés physiques suffit pour nous expliquer d'une part l'apparition et la persistance de ces hémorrhagies mortelles à l'occasion de la moindre blessure, et de l'autre, l'atonie des organes chez ceux qui en sont affectés. « Quand le cruor est peu abondant et le sang par conséquent pâle et séreux, dit Burdach (*Phys.* t. VII, p. 91), toutes les manifestations de la vie sont faibles et sans énergie. »

D'après ces diverses considérations je pense que les hémorrhagies constitutionnelles peuvent dépendre quelquefois de l'atonie du systéme capillaire, mais le plus souvent de l'altération primitive du sang ou de ces deux états à la fois. Dans tous les cas, le premier de ces états me parait être le plus souvent consécutif au second, tandis que l'un et l'autre sont toujours plus ou moins aggravés par le fait même de l'hémorrhagie qui n'en devient à son tour que plus opiniâtre.

Quant aux causes occasionnelles de ces hémorrhagies, elles consistent ordinairement dans les moindres blessures, telles que plaies superficielles, égratignures, simples piqûres et con-

tusions légères. Il arrive même assez souvent que l'hémorrhagie survient sans aucune cause appréciable chez le même individu. Cette coïncidence remarquable prouve ce qu'il était du reste facile de prévoir, sinon l'identité parfaite des hémorrhagies traumatiques, et spontanées constitutionelles, du moins leur communauté d'origine.

DIAGNOSTIC. — Les signes des hémorrhagies ordinaires, soit externes, soit internes, s'appliquent tout-à-fait à celles dont je viens d'essayer de faire l'histoire ; je ne devrais pas m'y arrêter. Mais comme il importe beaucoup sous le rapport du traitement et de la prophylactique de connaître leur fâcheux caractère la première fois qu'on les observe, je vais indiquer en peu de mots quelques circonstances qui pourront servir à les distinguer.

1° Les hémorrhagies constitutionnelles sont presque constamment héréditaires, et atteignent la plupart des individus de la même famille presqu'à l'exclusion des femmes.

2° Elles se manifestent en général, chez de sujets jeunes, mous, lymphatiques, bien qu'il ne soit pas rare d'observer le contraire.

3° Le sang qui s'écoule est dès le principe pâle et séreux, il se répand en nappe de toute la surface de la plaie, comme de la substance fine d'une éponge, et il se coagule difficilement ou pas du tout.

4° Ces hémorrhagies sont toujours beaucoup plus abondantes qu'on ne pourrait le croire d'après l'étendue, le siège et la profondeur de la plaie qui les fournit d'ordinaire.

5° Enfin, elles ont la plus grande tendance à se renouveler pour la moindre cause, ou même spontanément.

Notons encore en passant le rapport tout-à-fait inconnu qui semble exister entre le rhumatisme articulaire et ces hémorrhagies.

PRONOSTIC. — Il est toujours grave, attendu l'inefficacité des moyens employés jusqu'ici contre ces hémorrhagies qui, par leur nature tendent continuellement à persister d'abord, en-

suite à se reproduire. Toutefois celles- ci sont d'autant plus dangereuses qu'elles se manifestent chez des individus plus jeunes, qu'elles sont plus abondantes, et qu'elles se sont déja renouvellées un plus grand nombre de fois.

Traitement. — Chez la plupart des malades dont j'ai rapporté l'histoire, l'hémorrhagie s'est montrée à peu près constamment rebelle à tous les moyens. Les antiphlogistiques, les réfrigérants, les absorbants, les styptiques, les astringents les plus énergiques et la compression ont été successivement employés sans succès. La cautérisation elle-même n'a réussi qu'une ou deux fois.

Il me semble qu'en général on a beaucoup trop négligé jusqu'ici l'emploi des médicaments internes contre ce genre d'hémorrhagie. Si, dans plusieurs cas d'hémorrhagie spontanée nous pouvons, par l'administration intérieure des astringents, arrêter l'écoulement sanguin, pourquoi désespérerions-nous d'obtenir jusqu'à un certain point de semblables résultats dans les hémorrhagies traumatiques dont nous nous occupons. En effet, ne voyons-nous pas fréquemment le sang contenir un excès de sérum qui le rend moins propre à se coaguler. Ce liquide n'est-il pas également altéré dans les hémorrhagies constitutionnelles. Eh bien puisque nous connaissons les heureux effets des préparations de plomb par exemple, pour arrêter les hémorrhagies internes, et que nous savons d'après les expériences de Hunter que ces substances coagulent le sérum du sang, n'est-il pas rationnel de penser qu'il est possible que dans quelques cas, ces médicaments modifient d'une manière avantageuse les qualités du sang, et aident à arrêter les hémorrhagies capillaires chez des sujets dont la constitution est plus ou moins altérée ; ainsi dans les constitutions affaiblies chez lesquelles le sérum se trouve en proportion extraordinaire, on pourrait retirer des avantages des préparations de plomb et des autres toniques, dans les

constitutions scorbutiques, les aliments végétaux et acides, le suc du citron en particulier, peuvent avoir une action analogue en rendant le sang plus coagulable.

Pourquoi n'en serait-il pas de même pour les hémorrhagies constitutionelles? Ici l'expérience vient déja nous donner d'utiles renseignements. En effet, nous avons vu dans les observations VII et VIIIe que le sulfate de soude, pris pendant plusieurs jours à dose suffisante pour purger, arrêtait facilement l'hémorrhagie, lors même qu'elle avait déja beaucoup affaibli le malade, et que ce médicament favorisait la cicatrisation des plaies qui résistaient à l'influence de tout autre moyen. Ce résultat avantageux doit donc mettre sur la voie de nouvelles expériences.

En résumé : 1° des faits nombreux et authentiques prouvent l'existence chez certains individus d'une disposition particulière aux hémorrhagies, que j'appelle *constitution hémorrhagique*.

2° Cette constitution est le résultat d'une modification organique primitive ou acquise, caractérisée principalement par une altération du sang. Quant à la nature de cette altération, indépendamment de la fluidité très-grande et du défaut de plasticité de ce liquide, il est très probable qu'elle dépend encore du changement dans le nombre et la quantité des éléments qui entrent dans sa composition.

3° La théorie et l'expérience s'accordent pour démontrer que, dans le traitement des hémorrhagies constitutionnelles, s'il faut avoir égard à la faiblesse de la constitution, à l'atonie du système capillaire, on doit surtout tenir compte du défaut de plasticité du sang.

4° Les toniques et les astringents d'une part, et de l'autre les substances qui contiennent des principes susceptibles de favoriser la coagulation du sang, tels que les sels à base alcaline, et notamment le sulfate de soude, administrés à l'intérieur

sont les moyens thérapeutiques qui paraissent devoir alors être plus particulièrement mis en usage.

Des signes immédiats de la Contusion du cerveau, suivis de quelques réflexions sur le traitement des plaies de tête, par A. Boinet, *chirurgien interne de l'Hôtel-Dieu de Paris, etc., etc.* (IIIe et dernier article).

Obs. XIVe. — *Plaie de tête, scarlatine, phlébite. Mort. Légère opacité de l'arachnoïde.* — Adrien Ledrut, âgé de 22 ans, garçon charcutier, d'uno taille moyenne, d'une forte constitution, fut reçu à l'Hôtel-Dieu le 28 janvier 1835 pour une plaie à la partio postérieure de la tête. Le lundi, 26 janvier, après avoir passé une partie de la journée à boire, il rentra un peu ivre; en plaisantant avec un de ses amis, il laissa tomber son chapeau qu'il voulut ramasser, mais en se relevant brusquement, la partie postérieure do la tête heurta contre une barre de fer d'environ deux tiers de doigt de largeur sur un demi-pouce d'épaisseur, d'où il résulta une plaie qui, au rapport du malade, rendit au moins deux verres de sang. Ledrut ne perdit pas connaissance, ne fut pas même étourdi et ne se rappelle pas avoir vu de bluettes; il ne perdit de sang que par la plaie et nullement par le nez, la bouche ou les oreilles. Il se rendit de suite chez un pharmacien qui réunit la plaie au moyen de bandelettes agglutinatives. La nuit fut tranquille : le malado dormit très-bien et ne ressentit aucune douleur vers la plaie, dans la tête, ni aucune autre partie du corps. Le mardi matin, n'éprouvant pas la moindre incommodité, Ledrut se leva pour vaquer à ses occupations, et déjeûna avec autant d'appétit que les jours précédents. Entre onze heures et midi, il fut pris tout-à-coup de frissons et de lassitude générale dans ses membres, de vomissements, de douleurs dans le cou, surtout à la partie postérieure, et fut obligé d'aller se coucher. Bientôt la peau devint très-chaude, une soif vive se manifesta, le frisson reparut encore, mais avec des nausées sans vomissements, ce qui n'empêcha pas le malade de manger le soir un riz au lait qu'il ne vomit pas. Il n'eut ni céphalalgie ni délire, ni convulsions, ni coliques, ni diarrhée. La nuit, le malado

ne put dormir, il éprouva de l'agitation, de l'inquiétude dans les membres, une légère douleur aux environs de la plaie.

Le mercredi matin la fièvre persiste : un seul vomissement verdâtre, nausées continuelles, pas de coliques, pas de selles depuis lundi. Il y a de l'abattement. Le malade est apporté à l'hôpital. On rase les environs de la plaie, place de nouvelles bandelettes. (Saignée de ℥ xvj., lavement huileux). La plaie est située à la partie postérieure de la tête, au niveau de la protubérance occipitale. Elle est à un seul lambeau qui intéresse toute l'épaisseur des téguments, sans dénudation des os. Les bords sont contus. Ce lambeau a la forme d'un triangle isocèle, dont la hauteur est de trois pouces : il est détaché du périoste dans toute son étendue, et ne tient aux parties voisines que par sa base qui est tournée en haut et a deux pouces d'étendue, tandis que le sommet est dirigé en bas et bifurqué dans l'espace d'un pouce. Pas d'engorgement, pas de douleur aux environs de la plaie, dont les bords ne sont pas réunis et fournissent un peu de suppuration grisâtre. Pas de céphalalgie ; face uniformément rouge, paupières mobiles, rouges sur leur face interne. Les *pupilles sont contractées*, le malade distingue bien les objets. L'ouïe, l'odorat sont intacts, la langue tirée hors de la bouche ne se dévie pas. Les membres supérieurs et inférieurs conservent leur mobilité et leur sensibilité. La peau est chaude, sèche et présente une légère teinte rouge, surtout au cou et sur la poitrine. Cette rougeur est à peine transparente sur les membres. Deux selles liquides, abondantes, urines volontaires sans dépôt, parties génitales flasques. Le malade n'a pas eu d'érections ni éjaculations depuis son accident. (Saignée de ℥ xvj., boissons rafraîchissantes, diètes compresses froides). Le soir, 20 *sangsues aux oreilles.*

30 *janvier*. Assoupissement plus prononcé, pas de sommeil, agitation, embarras de la parole, réponses un peu vagues et lentes, pas de céphalalgie, respiration difficile, hoquets sans nausées ni vomissements ; pouls moins fort, régulier, 104 pulsat., 25 inspirations, soubresauts de temps en temps dans toutes les parties du corps. Le malade est pris de la scarlatine.

31 *janvier*. Même état, seulement la rougeur est plus intense et a gagné les membres supérieurs et inférieurs. Le pouls est à 112, petit, filiforme, difficile à compter à la radiale ; 38 inspirations. Langue rouge et sèche dans toute son étendue. Quelques nausées, hoquets ; déglutition des liquides se faisant encore bien. La sensibilité paraît plus obtuse, délire tranquille, il parle d'aller au bal,

semble converser avec ses amis, et ne répond pas quand on lui parle. *Sinapismes.* Mort sans convulsions.

Autopsie 26 heures après la mort. Rigidité cadavérique également prononcée dans tous les membres et dans la mâchoire. Le lambeau complètement détaché du périoste offre un aspect d'un gris-noirâtre. Le périoste enlevé, les os ne présentent aucune trace de fêlure ni de fracture. Au-dessus de la plaie, dans l'étendue de trois pouces environ, entre les téguments et le péricrâne, existe une ecchymose assez prononcée. Les os du crâne ne sont pas soudés ensemble, pas d'épanchement entre eux et la dure-mère qui ne présente aucune altération. Les sinus de la dure-mère sont gorgés de sang et contiennent plusieurs caillots noirâtres. Pas de liquide séro-purulent ou sanguin épanché entre les deux feuillets de l'arachnoïde, *qui n'adhèrent pas entre eux. L'arachnoïde un peu sèche présente une légère teinte opaline surtout sur les lobes antérieurs du cerveau.* Toutes les veines qui rampent à la surface du cerveau sont fortement injectées, ainsi que la pie-mère qui s'enlève facilement, sans entraîner aucune portion de la substance cérébrale. Le cerveau, d'une bonne consistance, non ramolli, offre un aspect sablé très-prononcé lorsqu'on l'incise; les plexus choroïdes sont fortement injectés. Dans le quatrième ventricule existe une demi-cuillerée à café de sérosité citrine. La substance du cervelet est fortement piquetée. Pas d'épanchement sanguin ni de ramollissement rougeâtre en aucun point de la masse encéphalique.

Je n'ai rapporté dans cette observation que ce qui regarde la lésion de la tête, et j'ai omis les détails de la phlébite et de la scarlatine qui sont tout-à-fait en dehors de mon sujet. Je dois cependant faire remarquer que la mort de cet individu ne saurait être attribuée à la lésion cérébrale, mais bien aux complications nombreuses qui sont survenues. Les symptômes présentés par Ledrut, lors de son entrée à l'hôpital, ne pouvant tenir ni à une commotion ni à une compression du cerveau, étaient-ils dus à une contusion ou à une inflammation de cet organe ou de ses membranes? La présence d'une plaie à la tête, l'état du pouls, de la face et surtout l'assoupisssement, dûrent faire admettre tout au

moins une congestion cérébrale, quoique les accidents se fussent développés plus rapidement qu'à l'ordinaire, environ quinze heures après le coup, et qu'il n'y eût ni céphalalgie, ni délire, ni convulsions, ni contracture, si ce n'est des pupilles, symptômes qui, du reste, peuvent manquer dans les inflammations assez intenses, et qui ont manqué ici, quoiqu'il existât non pas précisément une contusion du cerveau, mais le décollement de l'arachnoïde à la surface antérieure des lobes cérébraux, la déchirure des vaisseaux sanguins qui passent de l'arachnoïde au cerveau, ainsi que l'autopsie est venue le démontrer. Quant à la congestion, elle a été déterminée sans doute par les accidents consécutifs, mais on dut la rapporter à la plaie jusqu'au moment où l'éruption exanthématique devint évidente. Ici la contraction des pupilles fut à-peu-près le *seul symptôme* primitif qui eût pu faire soupçonner la *lésion intra-cranienne.*

Obs. xve. — *Chute sur la tête dans un escalier. Symptômes de commotion, de contusion et de compression. Guérison.* — Démortreux, âgé de 50 ans, garçon à la pharmacie centrale, fut reçu salle Ste.-Jeanne (Hôtel-Dieu), n. 44, le 26 décembre 1836 au soir, pour une chute qu'il avait faite la veille en allumant un reverbère dans un escalier: il tomba à la renverse sur la tête et resta sans connaissance. 40 sangsues sont appliquées aux apophyses mastoïdes, sinapismes aux pieds. Apporté le lendemain, 24 heures après sa chute, il est encore sans connaissance. Point de plaie à la tête, peau fraîche, pouls petit, lent et dur, respiration facile, lente, non stertoreuse, perte du mouvement et du sentiment du côté gauche; à droite, légère contracture; le bras, écarté de la poitrine, se roidit d'abord et résiste à l'effort qu'on fait pour le mettre dans l'extension. Démortreux passe la nuit sans quitter la position dans laquelle on l'avait mis le soir. Sangsues en permanence derrière les oreilles pendant toute la nuit (20), quatre à chaque fois. Compresses froides, lavement purgatif, potion émétisée.

A la visite du lendemain, il y a du mieux, la contracture du côté droit a augmenté; il entend les questions qu'on lui adresse, mais ne peut y répondre, ou s'il veut le faire, c'est seulement par monosyllables incompréhensibles. Si on lui demande son nom, sa

demeure, il répond qu'il n'a mal nulle part. Le pouls est dur, fréquent, la peau chaude. La sensibilité est revenue à la hanche, mais la paralysie persiste. (Saignée ℥ xvj. Vingt sangsues en permanence, petit lait émétisé, lavement purgatif, compresses froides sur la tête.

Le deuxième jour son état est à-peu-près le même, il a eu des selles copieuses. (Même prescription, moins la saignée.)

Le troisième jour, mieux sensible, la sensibilité est revenue dans toutes les parties du corps, de même que la possibilité de mouvoir. Si on le pince, le malade remue et témoigne une vive impatience. Interrogé de nouveau sur le lieu de sa demeure, après beaucoup de questions et d'hésitation de sa part, il dit qu'il travaille à la pharmacie centrale. Il ne peut dire le quai où elle est située, ni même prononcer le nom lorsqu'on lui dit, mais dit : « c'est ça. » C'est aussi ce qu'il répond à beaucoup d'autres questions, en ajoutant toujours qu'il n'est pas malade, qu'il n'a mal nulle part. Petit-lait émétisé, 12 sangsues en permanence, compresses imbibées d'eau froide sur la tête.

Le quatrième jour le mieux se soutient : Dém. rend mieux compte de son état, il assure n'avoir nullement mal à la tête; il recouvre peu à peu son intelligence, et répond les jours suivants assez exactement aux questions qui lui sont faites, mais il a quelque chose d'extraordinaire dans la physionomie, qui annonce qu'il n'est pas encore à son état normal. Ses camarades de la pharmacie centrale disent aussi qu'il y a dans sa manière d'être quelque chose qui ne lui est pas comme ordinaire. Cependant Démortreux demande à s'en aller, on s'y oppose, et on ne lui accorde un peu de nourriture qu'avec beaucoup de défiance, ne le regardant pas tout-à-fait hors de danger. La suite justifia cette sage prévision. Le 10 janvier, quinze jours après son accident, Démortreux est pris d'étourdissements légers, de somnolence, d'une céphalalgie assez vive; l'appétit a beaucoup diminué. (Vingt sangsues à l'anus, une bouteille d'eau de Sedlitz. Diète.)

Le 11 janvier, même état. Saignée de ℥ xvj. Diète.

Le 12, la tête est encore lourde et pesante, le sommeil est agité, il y a quelque chose de stupide dans le regard et dans les manières. (Nouvelle saignée ℥ xvj. Dix sangsues en permanence. Diète.) Les jours suivants Dém. se trouve très-bien, et sort parfaitement guéri le 15 janvier 1836.

Cette observation nous offre un exemple remarquable de commotion, de contusion et de compression. On put observer

à-la-fois réunis les symptômes de ces affections, et en même temps que la commotion disparaissait, les symptômes de la contusion devenaient plus évidents; d'ailleurs ces derniers n'avaient pas été entièrement masqués par l'épanchement qui sans doute avait été peu considérable, mais assez cependant pour produire de la paralysie, accident qui disparut à mesure que l'épanchement se résorba; et cet autre signe de la contusion du cerveau, la difficulté ou quelquefois l'impossibilité de prononcer certains mots fut on ne peut plus remarquable. Le traitement énergique qu'employa M. le professeur Sanson n'est pas moins digne de remarque, et prouve de quelle utilité sont, dans les plaies de tête, tous ces moyens réunis pour s'opposer au développement de l'inflammation.

Obs. XVI°. *Chute sur la tête d'un second étage. Symptômes de commotion et de contusion. Guérison.* — Le nommé Gabriel Chatignaux, 28 ans, maçon, d'une bonne constitution, caractère vif et entier, fut apporté sans connaissance à l'Hôtel-Dieu, le 18 avril 1836, à onze heures du soir. Étant ivre et voulant rentrer chez lui, il se trompa de logement et prit une fenêtre pour sa porte; il tomba d'un second snr le pavé, où il resta sans connaissance. Du sang s'écoulait par la bouche et par le nez et avait ensanglanté la figure; la langue et les dents étaient intacts. Dans aucune partie du corps je n'ai constaté de lésion : il était agité dans tous les sens et difficile à maintenir sur le brancard sur leqnel on l'avait apporté, faisait entendre une espèce de grognement inintelligible, ramenait sans cesse ses bras sur sa poitrine et remuait les jambes dans tous les sens. Si on voulait écarter ses bras du tronc et les étendre, on éprouvait une forte résistance. La sensibilité et le mouvement étaient intacts : il était froid, le pouls lent, régulier et petit, 45 à 50 pulsations. La respiration tranquille et lente. Seize sangsues en permanence, quatre à-la-fois derrière les oreilles; elles ont abondamment coulé et coulent encore à la visite du matin. Petit lait émétisé, lavement purgatif, compresses froides sur la tête pendant la nuit. Il a uriné abondamment, après en avoir senti le besoin; il n'est pas allé à la garde-robe; à la visite du matin il existe encore de la contracture, et la sensibilité est conservée. A la visite du soir la sensibilité a considérablement diminué, et Chatignaux ne

s'apperçoit pas qu'on le pince; il répond parfaitement à ce qu'on lui demande et se plaint continuellement de souffrir de la tête. Les pupilles sont contractées, et la conjonctive oculaire et palpébrale est d'une sécheresse remarquable. La réaction a eu lieu pendant la nuit; le pouls qui était petit, lent à son arrivée, est vite, serré, dur, la peau est chaude. Le malade demande qu'on lui ôte son pentalon dessus les pieds, parce qu'il le trouve trop pesant, il remue continuellement dans son lit. Saignée ℥ xvj., petit lait émétisé, compresses froides, diète. On laisse encore couler les sangsues appliquées pendant la nuit.

Le 20 avril, le malade a bien dormi la nuit, demande à manger, paraît légèrement excité et se lève dans la salle, malgré toutes les représentations qu'on peut lui faire, va et vient; son pouls n'est ni trop fort, ni trop plein. Les jours suivants il va de mieux en mieux, conserve cependant un air effaré et éprouve de la faiblesse dans les jambes, ce qu'il attribue au peu de nourriture qu'on lui donne, et ce qui le fait sortir le 24 avril, quoique prévenu des accidents tardifs qui pourraient survenir; d'ailleurs il assure n'avoir nullement mal à la tête et se porter aussi bien qu'avant l'accident.

Ici encore les symptômes de la contusion du cerveau sont on ne peut plus marqués; à l'exception de la perte de la faculté de s'exprimer, le malade les présente tous. La diminution de la sensibilité, qui ne se manifesta que plusieurs heures après l'accident, nous indique ou un léger épanchement produit par la rupture de quelques petits vaisseaux sanguins ou par une turgescence inflammatoire de la pulpe cérébrale, accidents qui disparurent promptement sous l'influence des émissions sanguines répétées et surtout de l'écoulement de sang qui eut lieu toute la nuit par les piqûres de sangsues mises en permanence derrière les oreilles. Ce malade, à sa sortie, paraissait être dans une position satisfaisante, mais il n'était pas absolument hors de tout danger, car il arrive assez souvent, dans les lésions du cerveau, que ces améliorations apparentes sont entravées par des suites graves et quelquefois mortelles.

Obs. XVIIe. — *Chute sur la tête dans un escalier. Plaie à la partie postérieure et droite de la tête. Symptômes de contusion du cerveau. Écoulement purulent par l'oreille droite. Guérison.* — Un ou-

vrier de M. Charrière, d'un tempérament sec, d'une constitution grêle, fit, étant en ribotte, une chute dans un escalier. La violence du coup fut telle, qu'il perdit connaissance pendant une demi-heure : depuis ce moment jusqu'aujourd'hui, jour de son entrée à l'Hôtel-Dieu, 23 février 1836, c'est-à-dire depuis six jours, il a été sans cesse agité et n'a pu goûter un instant de sommeil, a éprouvé de fortes douleurs dans la tête, a vomi plusieurs fois, les deux premiers jours qui suivirent la chute. Les facultés intellectuelles ont été conservées depuis le moment où il est revenu de sa perte de connaissance, il a été pris de délire la veille de son entrée seulement, d'après le rapport des personnes qui l'ont soigné.

Ce jeune homme, couché au nº 51 de la salle Ste.-Jeanne, n'a plus de délire, mais il est abattu, plongé dans un état de somnolence complète, que les douleurs seules paraissent faire cesser. Parfois il a de l'agitation et porte automatiquement ses mains à la tête, à la partie postérieure de laquelle existe une plaie longitudinale, de la longueur d'un pouce. Le malade accuse dans la tête une violente douleur que les moindres mouvements augmentent beaucoup. La sensibilité et les mouvements des membres paraissent intacts; de temps en temps ils sont le siége de fortes secousses que redoute le malade et qui se renouvellent lorsqu'il se remue ou qu'on le touche. La sensibilité générale paraît exaltée. Le malade est impatient, de mauvaise humeur, ne peut souffrir qu'on le touche, même pour le panser. Le pouls est fréquent, dur et serré. La respiration naturelle, pas de nausées ni vomissements, l'émission des urines et des matières fécales est volontaire. Seize sangsues en permanence derrière les oreilles, saignée de bras ℥ xvj. Compresses froides, petit lait émétisé pour boisson. Diète.

Le 24, la position du malade est un peu améliorée; son agitation est moindre et ses douleurs de tête diminuées, il a un peu de délire la nuit, et n'a pas reconnu sur-le-champ son père, qui était venu le voir. (Même prescription.)

25, 26, 27. Ces trois derniers jours, la céphalalgie moins intense, il est vrai, n'a pas cessé un instant, et ce seul symptôme, quoique très-modéré, ne laisse pas que de donner beaucoup d'inquiétude à M. Sanson, car il n'y a que onze jours que l'accident a eu lieu. (Petit lait émétisé, diète; compresses froides, encore une saignée, et une fois 20 sangsues en permanence).

28, 29. Les douleurs de la tête ont sensiblement diminué. Le malade demande à manger, son abattement a fait place à un peu de

gaîté ; il conserve encore quelque chose d'hébêté dans l'expression, un séton est placé à la nuque à cause d'un bourdonnement particulier qu'il éprouve dans l'oreille droite ; il dort assez bien la nuit, on lui accorde un peu d'aliments.

Jusqu'au 14 mars le bourdonnement continue, son état de santé générale est satisfaisant, il se lève, se promène ; les jambes qui étaient faibles et tremblantes reprennent des forces, les secousses de la marche ne font naître aucune douleur dans la tête.

15 mars. Dans la nuit du 14 il a été pris d'élancements fort douloureux dans l'oreille droite, insomnie, agitation, sa face exprime l'inquiétude et la mauvaise humeur. Cataplasmes sur l'oreille droite; sinapismes aux mollets, pédiluve.

16. Les élancements, l'insomnie, l'agitation et l'inquiétude du malade ont persisté jusqu'au matin. En enlevant le cataplasme de sur l'oreille on y remarque du pus. En effet un écoulement purulent a eu lieu par le conduit auditif. Nulle tumeur, nulle rougeur n'avait apparu au fond de la conque, et l'introduction du doigt n'y occasionne aucune douleur. On continua les cataplasmes ; l'écoulement purulent continue en petite quantité jusqu'au 25 mars; les douleurs, les élancements ont cessé, mais les bourdonnements persistent, ainsi qu'un léger suintement non purulent. Le malade impatienté de son séton, arrache la mèche; on le remplace par un vésicatoire et le malade sort le 28 mars, bien portant, moins toutefois les bourdonnements de l'oreille droite qui n'ont pas entièrement disparu.

Cette observation parle assez d'elle même et n'a pas besoin d'être commentée; la preuve qu'il y a eu décollement et inflammation de la dure-mère, ainsi que la contusion du cerveau, nous a été fournie par des symptômes irrécusables, la formation de pus dans le crâne, son écoulement par l'oreille, etc.

Obs. XVIIIe.—*Accès d'épilepsie, chute sur la tête; plaie simple du cuir chevelu, signes douteux de commotion, quelques symptômes de contusion cérébrale : méningite intense. Prompte guérison.* — Dans la nuit du 15 novembre, on apporta à l'Hôtel-Dieu, où j'étais de garde, le nommé Burkhard, polonais, âgé de 32 ans, d'une forte corpulence, d'un tempérament sanguin, professeur de langues, en sortant d'un café où il n'avait pris qu'une demi tasse, il tomba sur la tête, au milieu d'une attaque d'épilepsie; une pa-

trouille l'apporta sur un brancard, à l'Hôtel-Dieu : il est sans connaissance, présente une plaie contuse et saignante à la partie interne du sourcil droit, dans la région frontale. L'os n'est pas à nu et ne parait pas fracturé en dehors de cette plaie. Au-dessus du sourcil droit, il existe un enfoncement de la largeur d'une pièce de quarante sous. Les parties osseuses sous-jacentes ne paraissent pas déplacées, les parties molles circonscrivant cette dépression sont dures et forment un bourrelet. Le malade s'agite sur le brancard, il répond mal et entre les dents aux questions que je lui adresse. Comme il exhalait une odeur alcoolique assez forte, je le crus ivre, ce qui m'empêcha de l'examiner plus soigneusement.

A la visite du matin, six heures après son arrivée, le malade, qui a sa connaissance, nous assure qu'il n'a pas bu la veille, qu'il se rappelle seulement avoir été pris d'une attaque d'épilepsie au milieu de la rue, après quoi il ignore tout ce qui s'est passé depuis. Toutes ses réponses sont très-lentes, comme réfléchies, mais pleines de justesse, sa parole est saccadée, entrecoupée, il a un peu d'exaltation et une gaîté qui ne parait pas ordinaire ; il s'exprime en latin avec facilité, mieux qu'en français ; il n'accuse aucune douleur, ni dans la région frontale, ni dans aucune autre partie de la tête ; les mouvements des membres sont parfaits, mais prompts, brusques; la sensibilité est émoussée, on peut pincer la peau des bras sans qu'ils'en aperçoive; pour réveiller la sensibilité dans ces parties il faut le pincer fortement; toutes les autres fonctions sont dans leur état naturel, la peau n'est pas chaude, le pouls est plein, assez mou, à 88; la respiration est normale, les pupilles sont contractées. (Saignée de cinq palettes; émétique en lavage, deux pots.)

Le 16 novembre même état que la veille ; le malade assure ne pas souffrir, il a dormi plusieurs heures, il demande à manger ; le pouls est plus dur, plus serré, il bat 92 fois à la minute ; même insensibilité des membres qu'il remue brusquement et comme un instrument dont le ressort se détend ; même loquacité, même agitation, (Saignée de cinq palettes, émétique en lavage).—Dans l'après-midi, léger délire caractérisé par un bavardage sans suite ; il parle de sa condamnation etc. etc. (il est réfugié polonais), sort de son lit, se promène dans la salle, sans savoir où il va ; cependant pour peu qu'on fixe son attention, il comprend encore ce qu'on lui dit et consent à se coucher et à rester tranquille. (Sinapismes aux mollets ; 20 sangsues derrière les oreilles, 4 à la fois). Le malade est assez calme le reste de la soirée ; à 10 heures son délire augmente, il

crie de toutes ses forces, parle de tous ses malheurs, dit qu'on l'a volé, s'agite dans tous les sens, veut se jeter hors du lit : on le maintient avec la camisole de force. (Nouvelle saignée de 4 palettes.)

Le 17, le délire continue ; le malade veut toujours se lever, mais paraît très-docile à la simple invitation qui lui est faite de rester tranquille ; il prend le poteau qui est devant son lit pour une personne à qui il adresse la parole, tantôt en polonais, tantôt en français, ou en latin. Sa langue qu'on lui dit de tirer, ce qu'il fait à la première demande, est tremblante, ainsi que les lèvres et le menton qui sont agités d'un léger mouvement spasmodique, indépendant de la volonté du malade ; ses lèvres expriment un rire sardonique tout particulier et très-remarquable, la langue n'est déviée ni à droite, ni à gauche, les pupilles sont contractées et sensibles à la lumière ; il souffre dans la région frontale et porte la main à la tête, pour indiquer le siège de sa douleur ; si on l'interroge long-temps, il s'exalte, s'anime et finit par divaguer ; le pouls est dur, petit et serré, à 120 pulsations; la peau est sèche; point de paralysie dans les membres qu'il remue très-bien et promptement, la sensibilité est toujours obtuse. (Saignée de cinq palettes ; 20 sangsues en permanence derrière les oreilles, glace sur la tête; émétique en lavage, lavement purgatif).

Le soir à la visite, continuation du délire, on lui met sa camisole; pas de garde-robe depuis deux jours; dans son agitation continuelle et ses mouvements désordonnés, il a défait le bandage de sa saignée et une grande quantité de sang s'est écoulé. (Nouvelle application de 16 sangsues, deux à la fois derrière chaque oreille, sinapismes aux cuisses; la glace sur la tête et la tisane émétisée sont continuées.)

18 novembre, les symptômes de la méningite sont moins intenses; moins d'agitation; quoiqu'il soit toujours dans le délire, on peut cependant fixer son attention, et lorsqu'on l'interroge, il répond avec lenteur et comme quelqu'un qui réfléchit. La parole est plus embarrassée que les premiers jours, il souffre dans la tête; si on le fatigue de questions, il s'exalte, répond avec une voix fort éclatante et en riant, les mouvements spasmodiques de la langue des lèvres et du menton persistent; aucun signe de paralysie dans les membres; sensibilité obtuse; il n'est pas allé à la garde robe; le ventre est souple, non douloureux à la pression, pouls à 120 pulsations. (Saignée de cinq palettes, vingt sangsues en permanence aux apophyses mastoïdes; glace sur la tête. Boisson émétisée, lavement purgatif. Vésicatoires à la partie interne des cuisses.)

Le soir l'agitation continue, le malade crie d'une manière désagréable pour les autres malades. Nouvelle application de seize sangsues derrière les oreilles, sinapismes aux mollets. Le 19, même état que la veille, le délire continue; vésicatoires aux jambes, vingt sangsues aux oreilles; pour le reste du traitement même prescription. Le délire cesse dans le courant de la journée, mais le malade conserve toujours quelque chose de brusque dans sa manière de répondre, point de paralysie, il assure ne plus souffrir de la tête. La nuit est très-calme, il y a eu deux selles copieuses.

Le 20, le mieux se soutient, le malade est sans délire depuis 20 heures, le pouls est tombé à 92, il est mou, dépressible, l'état de ce malheureux qui assure ne souffrir nulle part dans la tête est des plus satisfaisants. La sensibilité est moins affaiblie; les mouvements conservent encore un peu de brusquerie; il a dormi un peu la nuit. Glace sur la tête, boisson émétisée; on entretient les vésicatoires.

Le 21 et le 22, même état, même prescription, le malade parait hors de tout danger, on lui accorde du bouillon. Le pouls est mou, dépressible et tombé à 80. Les jours suivants, B. revient promptement à une santé convenable et sort parfaitement guéri le 29 novembre 15 jours après son accident.

Voilà dans cette observation, la preuve évidente qu'un traitement énergique et employé convenablement peut, dans les cas qui paraissent même les plus désespérés, amener une prompte guérison. Dans ce cas, la marche de la maladie, sa nature, l'intensité des symptômes, la vigoureuse constitution du sujet, tout, en un mot, devait faire craindre une terminaison fâcheuse. Il n'est pas douteux pour nous que, chez cet individu, la substance encéphalique n'ait été altérée au moins superficiellement, et les vaisseaux qui vont des méninges au cerveau, déchirés. Cette opinion est confirmée par des observations analogues, à la suite desquelles la mort est survenue. Il y a eu ici deux affections bien distinctes, la contusion et l'inflammation du cerveau; les symptômes particuliers à ces deux lésions ont toujours été évidents et nettement séparés, malgré leur existence simultanée; il a d'ailleurs été facile de suivre le dé-

veloppement, la marche et les progrès de la méningite, qui ne s'est manifestée que du troisième au quatrième jour, c'est-à-dire à l'époque où apparaît ordinairement l'inflammation soit du cerveau, soit de ses enveloppes, tandis que les signes de la contusion ont été évidents presque aussitôt que l'accident a eu lieu.

RÉSUMÉ.

Il ressort de tous ces faits que la contusion du tissu encéphalique peut se présenter sous plusieurs formes et avoir plusieurs degrés; qu'il est possible, sinon toujours, au moins dans le plus grand nombre des cas, de déterminer sûrement si les membranes du cerveau et leurs vaisseaux ont été les seuls organes atteints ; si ces membranes et le cerveau l'ont été en même temps, ou enfin si la lésion n'a porté que sur le cerveau tout seul ; dans ces deux dernières circonstances, c'est-à-dire quand le cerveau seul ou le cerveau et les membranes sont intéressés, les signes immédiats de la contusion sont évidents et le diagnostic assuré, cette distinction d'ailleurs n'est que d'une assez faible importance en pratique, puisqu'au début, que la lésion soit simple ou compliquée, le traitement doit être le même.

Les phénomènes morbides qui indiquent l'existence de la contusion dans une partie quelconque du cerveau, varient aussi selon les cas. Cette variation dépend probablement, soit de l'intensité plus ou moins grande du mal, soit du siége particulier qu'il occupe. Les observations qu'on vient de lire pourraient être rangées en plusieurs classes, à l'aide desquelles on pourrait facilement établir plusieurs degrés dans la contusion en s'appuyant sur les lésions observées sur le cadavre. D'abord, un premier degré caractérisé par la rupture des vaisseaux qui vont du cerveau à la dure-mère, et de celle-ci au crâne, sans lésion au moins apparente de la substance céré-

brale : ce premier degré est souvent susceptible de guérison, il peut se terminer cependant par inflammation, avec la formation de fausses membranes, ou de kystes par suppuration; ces différentes terminaisons sont toujours très-graves et souvent plus ou moins promptement mortelles. Nous en avons rapporté des exemples.

2° Un deuxième degré caractérisé par l'altération des mêmes parties que ci-dessus, de plus par l'altération de la pulpe cérébrale, mais tout-à-fait superficiellement : dans ce cas la substance grise du cerveau est seule atteinte, ecchymosée, mais non désorganisée. Ce degré peut aussi se terminer de la même manière que le premier; mais plus souvent que lui il se termine par ramollissement.

3° Enfin un troisième degré, dans lequel la substance du cerveau est profondément désorganisée, soit dans un seul point, soit dans plusieurs à la fois : ce tissu offre un véritable détritus, un mélange de substance blanche et de substance grise, avec déchirure des membranes, rupture des vaisseaux et épanchement de sang plus ou moins considérable. Ce degré qui est, sinon toujours, du moins très-souvent mortel, accompagne une ou plusieurs fractures des os craniens.

Nous n'adopterons point cette division ; nous nous contenterons d'examiner la contusion selon sa gravité plus ou moins grande, tant sous le rapport anatomique que sous le rapport physiologique. Comme l'anatomie pathologique se trouve décrite longuement dans plusieurs des observations que nous avons rapportées, nous nous dispenserons d'y insister dans ces conclusions, afin d'éviter les répétitions.

Comme je l'ai déja dit, les traités de chirurgie pratique même les plus récents ne font pas mention des signes immédiats de la contusion du cerveau, ou s'ils en parlent, ce n'est que pour les attribuer à la compression ou même à la commotion de cet organe. Pourtant si l'on parcourt les auteurs

et les journaux de médecine, on y trouve consignées de nombreuses observations de plaies de tête, dans lesquels sont notés, il est vrai, les signes immédiats; mais partout ils sont rapportés à une cause qui n'est pas celle qui les produit.

Examinons attentivement les rapports qui existent entre la contusion, la désorganisation de la substance cérébrale, et les phénomènes pathologiques qu'on observe à la suite de ces lésions. Nous voyons que la contusion a ses symptômes *pathognomoniques* qui apparaissent aussitôt que la lésion est produite; nous voyons que ces symptômes varient, selon que l'altération est plus ou moins profonde, selon qu'il y a tout simplement rupture des vaisseaux, contusion sans épanchement ou avec épanchement ou désorganisation de la pulpe cérébrale. Voici d'aprés les faits, ce qui se passe.

1.° Si la solution de continuité est produite par une violence telle qu'il en soit résulté un désordre considérable dans la substance cérébrale avec rupture des vaisseaux sanguins, fracture du crâne, etc. Si la mort n'a pas lieu sur le champ, et si l'épanchement n'est pas trop considérable d'abord, on observera dans les premiers moments la perte complète de connaissance, la respiration stertoreuse, la paralysie, des mouvements épileptiformes, de la contracture etc. etc. Tous les signes réunis de la commotion, de la compression et de la contusion, tout sera confondu et toutes ces affections existeront en même temps. Plus tard, si le malade ne succombe pas la scène change : il pourra reprendre sa connaissance, et les symptômes qui persisteront seront ceux de la compression et de la contusion; et pour peu qu'on soit appelé trop tard, il sera impossible de reconnaitre la véritable lésion : alors les signes de la contusion auront disparu entièrement, ceux de la compression seront les plus évidents et subsisteront jusqu'à l'instant où le malade viendra à succomber. Il n'est guéres possible d'ailleurs que le cerveau soit profondément contus, désorganisé, sans qu'il existe en même temps,

et dans les premiers moments surtout, une commotion plus ou moins forte et un épanchement dont la qualité variera suivant les circonstances. Voici pour les cas les plus graves, heureusement qu'il n'en est pas toujours ainsi.

2° D'autres fois, il y a seulement perte de connaissance, respiration lente et non stertoreuse ; contracture tantôt forte, tantôt faible, soit des extrémités supérieures, soit des inférieures, quelquefois dans les deux endroits avec conservation de la sensibilité et de la mobilité ; impossibilité au malade de répondre à des questions qu'il comprend, ou s'il le fait, ses réponses sont décousues et sans ordre, agitation continuelle ; mouvements épileptiformes, automatiques, etc. Les pupilles sont tantôt dilatées, tantôt contractées et insensibles à la lumière ; il arrive aussi qu'une pupille est dilatée tandis que l'autre est contractée ; l'orbiculaire des paupières offre également des variétés dans les phénomènes pathologiques dont il devient le siége; il n'y a émission involontaire ni des urines, ni des matières fécales etc. Toutes fois qu'on rencontre ce cortége de symptômes ou même quelques-uns d'entr'eux, comme la contracture, l'agitation avec absence de respiration stertoreuse, on peut diagnostiquer une contusion du cerveau. Ces symptômes apparaissent aussitôt ou peu de temps après l'accident, ils peuvent exister en même temps que la commotion, ils perdent bientôt de leur valeur si un épanchement a lieu dans ces circonstances. Ces symptômes de contusion sont alors masqués par ceux de la compression : celle-ci arrive plus ou moins promptement selon la violence de la contusion et le désordre qui en résulte. Si l'épanchement a lieu sur le champ et en abondance, la compression devenant alors très-forte, et se manifestant presque aussitôt que les autres lésions cérébrales, on voit diminuer, puis disparaître les signes de la contusion, qui sont remplacés par ceux de la compression. Ces signes correspondent au deuxième degré de la contusion.

C'est principalement dans ces cas compliqués que l'obser–

vateur peu attentif, et guidé par les idées émises sur la contusion du cerveau, peut méconnaître les signes immédiats de cette lésion, et tout rapporter à la compression qui n'est que secondaire et assurément moins grave que la contusion. Je dis moins grave, parce que les épanchements qui ont lieu à la suite des contusions cérébrales sont rarement très-abondants : ils ont peu d'épaisseur et s'étendent en nappe, le sang s'extravase, s'infiltre au loin, soit entre le crâne et la dure-mère décollée, soit entre cette membrane et le cerveau, dans l'épaisseur de l'arachnoïde, soit enfin dans la substance même du cerveau. Quelquefois la quantité de sang épanché est si peu considérable et comprime si peu, qu'aucun symptôme n'annonce sa présence dans le crâne : ce n'est qu'à l'autopsie qu'on constate que du sang s'est épanché ; ou bien si cet épanchement se manifeste, ce n'est que d'une manière peu marquée ; il y a, non pas perte du mouvement volontaire et du sentiment, mais seulement diminution de ces fonctions. Dans les cas où l'épanchement est peu considérable, les signes de la contusion sont plus apparents et souvent les seuls ; le malade est continuellement agité, lève brusquement ses membres. Lorsqu'on l'interroge, il répond assez juste aux questions qu'on lui adresse, mais on remarque dans ses réponses quelque chose de brusque, de saccadé ; si on le presse de questions, il répond moins bien, sa langue s'embarrasse, et quelquefois même il amène sa conversation sur un point tout à-fait étranger à celui dont on s'entretenait.

3°. La perte de la faculté de s'exprimer soit en totalité, soit en partie, le malade étant en parfaite connaissance et comprenant parfaitement les questions qui lui sont faites, est encore un des signes de la contusion du cerveau qui ne se présente pas constamment, ce qui sera facile à comprendre si l'on admet la localisation des facultés intellectuelles. On voit des individus qui, entendant tout ce qu'on leur dit, ne peuvent répondre que par des signes ; on en voit d'autres qui ont seulement perdu la faculté

de prononcer certains mots, les noms propres, les substantifs, par exemple; ils commencent une phrase qu'ils ne peuvent achever si au milieu il se trouve un nom propre, un substantif : pour exprimer leur pensée, ils sont obligés d'avoir recours à une périphrase. En voici un exemple remarquable.

Obs. XX et XXI.—Un charpentier nommé Martin, âgé de 32 ans, fut apporté à l'Hôtel-Dieu le 10 novembre 1835, pour une chute qu'il venait de faire sur la tête, d'une hauteur de 20 ou 25 pieds. Du sang écoule par le nez et les oreilles; à son entrée, il éprouve de la contracture dans les membres, une agitation générale, se tourne dans tous les sens, mais il conserve toute sa connaissance, ne peut répondre aux questions qu'on lui adresse que par des phrases entrecoupées; jamais il ne peut trouver le mot convenable, il a perdu la mémoire des mots substantifs; si par exemple, on lui demande sa profession, il ne peut la dire, et la preuve qu'il comprend, ce qui du reste est facile à voir à l'expression de sa figure, à l'envie qu'il a de nous le dire, c'est que, si l'on indique cinq ou six professions avant d'arriver à la sienne, il répond négativement par un signe de tête et avec des mouvements d'impatience; si au contraire on prononce le mot *Charpentier*, il répond affirmativement, sans pouvoir répéter ce mot lui-même. Le deuxième jour de son entrée, le côté gauche de sa face qui est le côté blessé de la tête, est pris de paralysie, ainsi que le membre supérieur du même côté. A partir de ce moment, Martin perd la faculté de parler, quoiqu'il comprenne encore ce qu'on lui dit, l'agitation augmente, les mouvements épileptiformes redoublent, la sensibilité et la connaissance persistent jusqu'à la mort qui a lieu sept jours après sa chute.

A l'autopsie on trouve une contusion du lobe moyen du cerveau du côté *droit*, avec un épanchement sanguin superficiel qui recouvre le point contus.

A la même époque un cas à peu près semblable existait au n. 15 de la salle Sainte Marthe; ces deux cas servirent de sujet de leçon à M. le professeur Sanson. Déjà cet habile chirurgien avait eu l'occasion d'observer les mêmes phénomènes, sur un cordonnier blessé aux journées de juin 1832. Cet individu avait reçu dans la tempe, une balle qui n'avait, au moins en apparence, intéressé que les parties molles, elle avait frappé obliquement. Ce cordon-

nier dont l'intelligence était parfaitement saine, pouvait prononcer tous les mots, les substantifs exceptés, dont il avait perdu la mémoire; toutes les fois qu'il s'en présentait un dans son discours, soit en parlant, soit en chantant, il s'arrêtait tout court. M. Sanson l'avait soumis à l'épreuve du chant pour s'assurer s'il ne se passerait pas chez ce malade, ce qu'on observe chez certains bègues qui ne le sont que quand ils parlent et jamais quand ils chantent; après un traitement convenable il sortit parfaitement guéri.

4. Quand les lésions du cerveau sont moins graves, c'est-à-dire quand il n'y a que décollement de la dure-mère, rupture des vaisseaux, sans altération réelle de la pulpe cérébrale, qui est seulement congestionnée, les symptômes diminuent d'intensité et parconséquent de valeur; les lésions de cette espèce n'ont souvent pour signe caractéristique d'abord, que la céphalalgie : encore ce signe n'existe-il pas toujours immédiatement après l'accident, il ne se manifeste que quelques heures plus tard; il suffit d'ailleurs, qu'un individu ait fait une chute ou reçu un coup sur la tête, pour qu'un chirurgien prudent se tienne en garde contre les accidents fâcheux qui peuvent survenir. L'expérience nous apprend qu'ils ont trop souvent lieu; parmi nos observations, il en est plusieurs qui nous paraissent très-dignes d'attention sous ce rapport. Ces cas, où il n'existe aucun signe, sont les moins communs, presque constamment ces lésions s'accompagnent d'une foule de circonstances plus que suffisantes pour déterminer la valeur de l'accident. Dans le cas du plus petit doute, le médecin doit agir, et agit comme si la lésion existait réellement; une pareille erreur ne sera jamais blamée et cette manière de faire ne saurait être désavantageuse pour le malade, tandis que dans le cas contraire, la mort peut s'en suivre faute d'avoir fait un traitement convenable : mais je le répète, ces cas où le médecin partage la sécurité du blessé, sont les plus rares; ordinairement une douleur plus ou moins vive se manifeste sur le champ, elle va toujours en augmentant, le malade

éprouve do la pesanteur dans la têto, sur les yeux, il est pris d'une espèce de tournoiement, d'étonnement; puis quelques heures après, 12 ou 15, les symptômes augmentent d'intensité, la douleur dont le siége est fixe, est presque toujours dans l'endroit où a agi la violence, ou quelquefois dans un point diamétralement opposé; elle devient plus vive, il survient des inquiétudes, des impatiences dans les membres, de l'agitation, le toucher est désagréable et agace les malades; le pouls, qui étaitd'abordlent, devientdur et fréquent; la peau, qui était froide et fraîche, devient sèche et chaude, le visage animé, les yeux enflammés; nausées, vomissements, frissons, enfin des convulsions et du délire, tous les signes de la méningite. Aucun de ces derniers symptômes ne se montre immédiatement après l'accident, rarement avant que quelques jours se soient écoulés, quelquefois même on ne les voit survenir que plusieurs semaines aprés. Ces derniers accidents, avant-coureurs ordinaires de la formation du pus entre le crâne et la dure-mère, s'accompagnent ordinairement de frissons irréguliers. Dans ce genre de lésion, les organes des sens sont rarement affectés, si ce n'est dans les derniers temps de la maladie, jusqu'à ce qu'il se soit formé une suffisante quantité de pus, qui peut tout aussi bien que tout autre liquide exercer une compression. C'est dans ces circonstances qu'on rencontre une contracture partielle, que les symptômes consistent seulement ou dans la diminution de la vue ou de l'ouïe d'un côté, ou seulement dans quelques mouvements convulsifs d'une paupière, d'une commissure labiale, soit enfin dans la contractilité d'une pupille, dans quelques soubresauts dans un membre, etc. etc. Ces symptômes qui appartiennent au premier degré de la contusion, et qui n'ont jamais qu'une durée très-courte, échappent le plus souvent à l'observateur inattentif.

Les symptômes qui sont dus à la lésion des vaisseaux des

membranes du cerveau sont bien différents des symptômes de la commotion et de la compression, parce que l'épanchement, s'il s'en fait un, se forme lentement, et la plupart du temps n'est pas assez considérable, comme nous l'avons dit, pour déterminer une compression qui amène la paralysie.

Tous ces désordres résultent le plus souvent de coups secs et forts portés sur le crâne : la violence du coup rompt les petits vaisseaux ; ceux-ci s'enflamment, suppurent, et par suite de cette altération le péricrâne en dedans et en dehors la dure-mère, se séparent de la partie correspondante de l'os contus ; au bout d'un temps plus ou moins long, très-court d'ordinaire, il résulte une collection purulente, qui rassemblée entre la dure-mère et le crâne ou entre le cerveau et ses enveloppes, et n'ayant aucune issue naturelle, donne lieu à une série de symptômes très-graves, très-fréquemment suivis de la mort. Il est des cas plus heureux où le pus se fait jour au dehors, soit par l'oreille, quand le rocher a été fracturé, soit par une autre partie du crâne, dans l'endroit où a eu lieu la fracture ; alors les malades échappent à une mort presque infaillible sans cette ressource accidentelle. D'autres fois, mais bien rarement, la mort est détournée par la formation de kystes dans l'intérieur du crâne ; kystes qui produisent eux-mêmes plus tard des accidents mortels.

En résumé la contusion du cerveau peut être seulement une fluxion sanguine avec congestion brusque des vaisseaux, mais souvent il y a plus, c'est une ecchymose, une meurtrissure, avec déchirure des petits vaisseaux. Dans le second degré, il y a déchirure des vaisseaux, rupture des membranes, désorganisation superficielle de la substance du cerveau, avec un épanchement sanguin plus ou moins considérable. Dans le troisième degré le crâne est fracturé, il y a écrasement avec attrition de la pulpe cérébrale, rupture des principales artères, comme la meningée moyenne, etc. etc. Ces différens états

de la contusion se manifestent par des symptômes qui varient d'intensité, comme nous l'avons vu.

Si nous jetons maintenant un coup-d'œil sur les caractères anatomiques et physiologiques de la contusion du cerveau, nous serons étonnés de l'analogie très grande qu'il y a entre cette lésion et le ramollissement du cerveau, proprement dit. Ces deux lésions, si différentes en apparence, quant à leur cause, produisent cependant les mêmes résultats anatomiques et physiologiques, se servent l'une et l'autre de contre-épreuve et d'utile confirmation.

La partie contuse ou ramollie, s'étend comme d'un centre, quelquefois très-peu étendu : tout cela dépend de la profondeur plus ou moins grande de la lésion, et se perd d'une manière insensible dans tout le reste du cerveau; l'injection des vaisseaux sanguins, dans les deux cas, suit la même marche, elle augmente à mesure qu'on approche du centre de la lésion. Le ramollissement du cerveau est une espéce de liquéfaction d'une partie de la substance, le reste conservant à peu près sa consistance ordinaire, la contusion n'est pas autre chose. De même que le ramollissement du cerveau est accompagné presque toujours d'une injection vasculaire, quelquefois d'infiltration sanguine et plus rarement d'un véritable épanchement, de même la contusion du cerveau présente une injection vasculaire, une infiltration sanguine et assez souvent un épanchement plus ou moins considérable : les symptômes concomitants dans les deux affections peuvent donc jusqu'à un certain point expliquer les divers degrés de la lésion et indiquer la nature de la lésion cérébrale.

Je terminerai ce mémoire par l'examen du traitement mis en usage par M. le professeur Sanson. Ici se présente tout d'abord un point difficile à résoudre, et que je me garderai d'entreprendre, c'est l'indication précise du lieu où se trouve

la lésion cérébrale. Cette connaissance du lieu où siége l'épanchement dans la contusion du cerveau, n'est utile qu'autant qu'on sera obligé d'avoir recours au trépan, ressource dernière et souvent inutile. Mais avant d'en venir à cette opération, il est une indication bien plus urgente, bien plus nécessaire : c'est de prévenir l'inflammation, si elle a commencé, ou de l'arrêter, de s'opposer à la formation du pus et de favoriser sa résorption, s'il était déjà formé ; c'est de cette partie seulement que je veux parler.

Dans ce but, dit M. le Professeur Sanson, que les plaies de tête soient simples ou légères, ou bien compliquées et graves, elles réclament l'emploi énergique des moyens débilitants et révulsifs. A l'Hôtel-Dieu, aussitôt qu'un individu y est amené venant de faire une chute ou de recevoir un coup sur la tête, il est soumis au traitement suivant.

Si la réaction est établie, c'est-à-dire, si le pouls est dur, fréquent, la peau chaude, saignée de xvj. Quinze à vingt sangsues en permanence derrière les oreilles, glace ou compresses d'eau froide sur la tête qu'on a largement rasée auparavant, s'il existe une plaie ; pour boisson, petit-lait émétisé, et souvent potion émétisée, si le malade ne peut prendre de liquide que par cuillerées. Si la réaction n'a pas encore eu lieu, c'est-à dire si le malade est encore dans l'état comateux, si la peau est froide, le pouls lent, etc. etc. on ne fait pas la saignée du bras qui n'est pratiquée qu'au moment de la réaction, seulement on applique des sangsues en permanence derrière les oreilles, des sinapismes aux pieds, on donne un lavement excitant ou purgatif. Ensuite le nombre des saignées, des sangsues, est mesuré sur la situation propre à chaque individu. Les émissions sanguines produisent une amélioration d'autant plus grande qu'elles sont faites d'une manière plus permanente ; ainsi on peut les répéter trois ou quatre fois dans les vingt-quatre heures, selon la gravité des cas. Un moyen duquel M. Sanson a toujours re-

tiré un immense avantage, c'est de l'écoulement lent et continu du sang par l'application de quatre sangsues à la fois derrière les oreilles, deux de chaque côté ; ces applications répétées huit ou dix fois de suite produisent les meilleurs effets et ont sauvé beaucoup de malades en arrêtant les progrès de l'inflammation. En même temps on couvre la tête de compresses imbibées d'eau froide, et on les renouvelle tous les quarts-d'heure pendant les premiers jours. Ces moyens sont continués jusqu'à parfaite guérison. Les purgatifs sont en même temps donnés à l'intérieur. Depuis longtemps l'expérience a démontré à M. le professeur Sanson, que l'administration combinée des purgatifs, des révulsifs et des émissions sanguines locales et générales, était plus efficace que lorsqu'on tire du sang tout simplement par la saignée. Du reste dans tous les cas on doit toujours avoir égard à la gravité de la lésion, à la constitution du malade et à toutes les circonstances immédiates qui pourraient exister. Par l'emploi de ces moyens on prévient ces engorgements pâteux, ces affections érysipélateuses si fréquentes après les plaies de tête, surtout si le traitement évacuant est strictement observé. L'application du froid, fait observer encore ce judicieux observateur, l'écoulement permanent du sang, retardent le cours de celui-ci, qui ne rencontre que des vaisseaux obstrués et augmente l'extravasation : rien n'est plus propre en effet que les applications froides à faire cesser toute disposition à l'hémorrhagie, elles ont encore un grand avantage, celui de prévenir ou de diminuer l'intensité de l'inflammation en abaissant la température de la partie blessée, effet qui ne serait pas produit, si on ne diminuait pas la quantité de sang épanché, par les applications dont nous venons de parler, et par un régime débilitant. C'est à ces moyens que M. Sanson attribue les succès qu'il obtient dans le traitement des plaies de tête, dans l'inflammation qui succède d'une manière lente à ces lésions,

espèce d'inflammation dont l'invasion est aussi insidieuse que les suites en sont dangereuses.

Quand la maladie se termine par la suppuration, la conduite est différente, suivant que l'inflammation affecte les membranes ou le cerveau. Si c'est une inflammation des méninges, il est certain que le trépan ne pourra avoir aucun succès, parce que la suppuration de ces membranes ne donne pas lieu à une matière liquide, mais bien à une matière albumineuse, plus ou moins concentrée, souvent membraniforme, qu'on ne pourra enlever; mais s'il s'est formé un abcès dans le cerveau, devra-t-on risquer de pratiquer l'opération du trépan? Les signes qui annoncent le siège de l'abcès sont fort obscurs, on s'expose à trépaner en vain. Cependant si l'on avait la réunion d'un assez grand nombre de signes indiqués par les auteurs, on pourrait et on devrait même tenter le trépan; d'après l'axiôme de Celse : *Melius anceps remedium quàm nullum.*

En résumé, des faits et observations qui précédent, je crois être fondé à conclure :

1° Que les signes immédiats de la contusion du cerveau ont été confondus jusqu'à présent avec ceux de la commotion et de la compression.

2°. Que la contusion du cerveau a été elle même confondue avec l'inflammation de cet organe ou de ses membranes.

3°. Que les signes de la contusion apparaissent sur le champ ou dans les premières 24 heures, qu'ils peuvent être masqués par ceux de la commotion d'abord, plus tard par ceux de la compression, mais qu'un observateur attentif ne les méconnaîtra jamais.

4°. Qu'il existe plusieurs degrés dans la contusion du cerveau, degrés qui peuvent être annoncés par la marche des symptômes,

5° Que les signes pathognomoniques de cette lésion sont, une contracture plus ou moins forte dans les membres, une a-

gitation continuelle et dans tous les sens, la perte de connaissance, sans respiration stertoreuse.

6° Que dans les cas les plus légers, le resserrement d'une pupille, la contracture d'une paupière, le mouvement spasmodique des lèvres ou seulement d'un muscle, etc. la difficulté d'exprimer certains mots, une douleur vive dans les plaies de la tête à la suite d'une chûte, sont les seuls signes de la contusion du cerveau.

7°. Qu'il y a beaucoup d'analogie entre la contusion du cerveau et le ramollissement de cet organe; que les signes et les lésions anatomiques sont identiques, dans ces deux affections.

8°, Enfin, que les moyens par excellence pour prévenir ou arrêter l'inflammation du cerveau ou de ses membranes, sont les saignées lentes et continues, avec des sangsues en permanence derrière les oreilles, et l'usage des révulsifs sur le tube intestinal.

Mémoire sur le spasme de la glotte ; *par* J.-B. Kyll. (1)

J'ai conservé à l'affection qui fait l'objet de ce travail le nom qui lui a été donné en Angleterre, *Spasme de la glotte*, parce que je le trouve plus rationnel que celui d'*Angine thy-*

(1) Non moins fréquent et souvent plus rapidement funeste que le croup, le spasme de la glotte n'a pas encore été bien observé, et les auteurs ne s'accordent ni sur le nom qu'il faut donner à cette maladie, ni sur la nature de la cause qui la détermine. Millar et Chalmers l'ont désigné sous le nom d'Asthme aigu, Rush sous celui d'Asthme spasmodique, Lieutaud, Laennec, Baumes, sous celui de catarrhe suffocant, Mauclerc sous celui de catarrhe suffocant nerveux, quelques médecins anglais l'ont appelée croup spasmodique, les allemands l'ont décrite sous le nom d'angine thymique.

mique sous lequel on le désigne généralement en Allemagne, l'hypertrophie du thymus n'étant pas la seule disposition pathologique qui puisse donner lieu à cette maladie. La dénomination que j'adopte n'est encore à la vérité que la désignation d'un symptôme, mais les mots de convulsion, diarrhée, hydropisie, indiquent-ils autre chose qu'un *effet* et ne sommes-nous pas obligés cependant de les maintenir dans la science, la *cause* échappant à nos moyens d'investigation.

Symptômatologie, marche, durée, terminaison. Le spasme de la glotte, auquel succombe un grand nombre d'enfants, s'observe ordinairement depuis le quatrième mois de la vie extra-utérine jusqu'au douzième; cependant Hugh Lee et Kopp l'ont vu survenir chez des enfants de quatre ans, et Alex Hood rapporte qu'il l'a vu déterminer la mort chez des sujets déjà âgés de cinq et même de six années.

La maladie est essentiellement caractérisée par une gène dans la respiration qui peut aller jusqu'à l'asphyxie ; elle débute presque toujours brusquement pendant la nuit, et si quelquefois elle est précédée d'une légère toux, le plus ordinairement elle n'est annoncée par aucun prodrôme. L'enfant, après avoir dormi paisiblement durant quelques heures, se réveille tout à coup en sursaut, dans une frayeur extrême, et pousse un cri perçant immédiatement suivi de suffocation; d'autres fois et plus fréquemment, celle-ci ouvre la scène, et le cri ne se fait entendre que lorsque la respiration commence à se rétablir. Ce cri offre quelque ressemblance avec celui qui

---

Schneider l'a regardée comme un rhumatisme du poumon, Scheffer comme une paralysie, Mauclerc comme une apoplexie de cet organe, Laennec comme une bronchite capillaire aiguë. Cette anarchie scientifique nous a engagés à traduire le mémoire que le docteur Kyll vient de publier dans le *Rust's magasin* et qui nous a semblé éclaircir la question. (*Note du traducteur.*)

accompagne le croup ou la coqueluche, mais il est plus aigu, plus perçant, il semble qu'il ne puisse être produit que par une constriction de la glotte, et lorsqu'on l'a entendu une fois il est impossible de le méconnaître ; il a un caractère tellement particulier qu'on peut le regarder comme le signe pathognomonique de la maladie.

L'enfant fait de violents efforts pour reprendre sa respiration; il rejette la tête et le tronc en arrière, la face est d'un rouge bleu ou bien au contraire entièrement décolorée, les yeux sont saillants et immobiles, les narines largement ouvertes, les membres contractés et froids, le pouls est petit, dur et fréquent, quelquefois surviennent des convulsions générales violentes, l'action des sphincters cesse de s'exercer, et des évacuations involontaires ont lieu.

Lorsque cet état se prolonge au delà de deux minutes, l'enfant succombe pendant l'accès, et il est impossible de tenir compte des assertions de Fingerhuth qui prétend avoir vu des malades survivre à des accés qui avaient duré huit et dix minutes. Ces faits seraient en opposition avec ceux observés par Lei, par Corrigan, par moi, par tous les praticiens, et il est d'ailleurs constant qu'un enfant ne peut être soumis impunément pendant un aussi long espace de temps à une suspension complète de la respiration. La mort a lieu par asphyxie et par apoplexie ; quelquefois elle paraît être déterminée par la cessation de l'influx nerveux.

Lorsque l'accés cesse avant que deux minutes ne se soient écoulées, la respiration se rétablit peu à peu ; mais les convulsions, le strabisme, la rigidité des membres persistent encore pendant quelque temps : quelquefois cependant tous ces symptômes disparaissent immédiatement, l'enfant est pâle, fatigué, mais il respire librement, reprend toute sa gaieté et se rendort presqu'aussitôt; d'autres fois enfin, et cela particulièrement lorsque l'accés a été précédé de toux, le petit malade

est de nouveau saisi d'une toux convulsive, semblable à celle que font entendre les femmes dans les attaques violentes d'hystérie.

Quelle que soit la manière dont se termine l'accès, l'enfant ne tarde pas à recouvrer toute sa santé, et pendant un temps plus ou moins long rien ne peut faire présumer le retour de la maladie ; mais alors de nouvelles attaques surviennent, et les intervalles qui les séparent se rapprochent de plus en plus ; elles n'ont d'abord lieu que la nuit et sans être provoquées par aucune cause appréciable; bientôt elles se montrent pendant le jour, et sont déterminées par une foule de circonstances, les cris, la colère, le rire, l'action de courir, d'avaler ; alors elles deviennent très-fréquentes, on en a compté jusqu'à vingt dans les vingt-quatre heures, et l'enfant ne tarde pas à succomber. Dans les cas les plus heureux, les accès deviennent au contraire de plus en plus éloignés, ils perdent peu à peu de leur intensité, et la maladie, après avoir duré plusieurs mois, plusieurs années même, finit par disparaître complètement en laissant néanmoins toujours après elle une fâcheuse prédisposition à la récidive. On ne connait pas d'exemple d'un accès qui soit resté unique.

Etiologie. Le spasme de la glotte peut survenir et a été observé chez des enfants de la meilleure constitution, au milieu de la santé la plus florissante, mais il ne frappe ordinairement que les sujets faibles, scrofuleux, rachitiques. Marsh l'a rencontré plusieurs fois chez des enfants atteints de fièvre intermittente; John Armstrong pense que l'irritation de la muqueuse gastro-intestinale y prédispose puissamment. Mais ces indications sont vagues et peu motivées, et nous pensons qu'on peut réduire à quatre les causes déterminantes de cette affection; celles-ci nous paraissent spéciales, et ce n'est que par leur connaissance et leur appréciation qu'on peut arriver à un traitement rationnel et efficace.

A. L'inflammation du cerveau ou de ses membranes doit être placée en première ligne. John Clarke, le premier, fit remarquer que les affections cérébrales, chez les enfants, coincidaient souvent avec le spasme de la glotte, et Gœlis a regardé celui-ci comme un signe caractéristique de l'hydrocéphale chronique. Il s'exprime ainsi dans son *Traité pratique des maladies des enfants*, Vienne 1834. *T. II. p.* 142.

« Au début de l'hydrocéphale, les enfants ont souvent des convulsions ; lorsqu'ils crient ou qu'ils toussent, ils deviennent tout à coup bleus, leurs membres se raidissent, le tronc et la tête se portent en arrière, la respiration se suspend, et lorsqu'elle se rétablit, son retour est annoncé par un cri aigu et perçant. Ces symptômes augmentent en fréquence et en intensité avec l'affection encéphalique, et deviennent quelquefois redoutables. J'ai vu deux enfants qui, ayant été atteints d'hydrocéphale peu de temps après leur naissance, périrent tous deux pendant de semblables accès de suffocation. »

Certes les symptômes décrits par Gœlis sont bien ceux du spasme de la glotte, et l'observation suivante que j'ai recueillie moi-même ne laisse d'ailleurs aucun doute.

Obs. I. — Guillaume F. premier enfant de parents sains et robustes fut nourri par sa mère et jouit jusqu'à l'âge de six mois de la meilleure santé. A cette époque il fut atteint d'un *porrigo favosa* pour lequel les parents firent usage, d'après le conseil d'une vieille femme, d'une pommade renfermant une préparation de plomb. L'affection cutanée disparut rapidement, mais bientôt d'autres symptômes graves se manifestèrent, et je fus appelé le troisième jour de leur apparition, c'est-à-dire le 28 décembre 1833. Je trouvai le petit malade dans un état comateux ; l'occiput était brûlant, la face pâle, la peau sèche, les yeux étaient constamment fermés, les pupilles n'offraient aucun caractère particulier, le pouls était normal, mais les carotides battaient avec violence ; la langue était blanche, la sécrétion urinaire peu abondante, la respiration s'exécutait librement. L'enfant élevait sans cesse la tête et le membre thoracique gauche, il poussait souvent des cris qui auraient pu

faire croire qu'il avait des coliques, si le ventre n'eût pas été indolent à la pression et souple ; il ne voulait pas prendre le sein, et lorsqu'on le forçait à avaler quelques gouttes de lait, elles étaient presqu'aussitôt rejetées. Il avait eu plusieurs fois dans la journée des convulsions assez violentes.

Je diagnostiquai une inflammation encéphalique déterminée très-probablement par la répercussion de l'affection cutanée dont le cuir chevelu avait été le siége, et je prescrivis du calomel à l'intérieur, une application de sangsues à la base du crâne, des applications froides sur la tête, et des frictions avec la pommade stibiée sur les points qu'avait occupés le porrigo.

3 *janvier*. Le calomel a provoqué quelques évacuations, mais aucune amélioration ne s'est manifestée. Nouvelle application de sangsues, digitale et nitre à l'intérieur. — 5 *janvier*. Les convulsions sont plus violentes. Dans la nuit, l'enfant a éprouvé tout-à-coup une forte suffocation, la respiration se suspendit complètement, le visage devint bleu, la tête se renversa en arrière, et la mère avait déjà perdu tout espoir lorsqu'un cri aigu vint annoncer la fin du spasme. Au bout de quelques minutes l'enfant retomba dans son état de somnolence. Calomel. Pommade stibiée plus énergique.

Le 7. Les convulsions n'ont encore rien perdu de leur intensité; mais pendant les intervalles qui les séparent, l'enfant se trouve mieux que la veille. Les accès de suffocation se sont reproduits plusieurs fois dans les vingt quatre heures.

Le 9. Les convulsions sont plus rares et moins énergiques, les troubles de la respiration persistent.

Le 10. La pommade stibiée a enfin déterminé l'apparition de quelques pustules sur le cuir chevelu : les convulsions ont presque cessé, la suffocation n'a eu lieu qu'une seule fois pendant la nuit.

Le 16. Tous les symptômes avaient disparu ; les pustules suivirent leur marche ordinaire, et au bout de deux mois l'enfant était parfaitement guéri.

B. L'inflammation de la portion cervicale de la moelle peut aussi donner lieu au spasme de la glotte. Le docteur Corrigan de Dublin l'a démontré le premier dans ses leçons cliniques, et il cite plusieurs observations parmi lesquelles il faut remarquer celle que nous transcrivons ici.

Obs. II. — Un enfant de quatre mois qui jusqu'alors s'était toujours parfaitement porté, devint tout-à-coup inquiet et grognon; il pleurait souvent et pendant la nuit poussait des cris aigus sans aucun motif apparent. Au bout de huit jours il survint un accès de suffocation qui dura une demi seconde, l'enfant devint bleu et semblait devoir périr lorsqu'un cri aigu vint annoncer le rétablissement de la respiration : ces accès se reproduisirent dès lors assez fréquemment et leur durée devint de six à huit secondes. Au bout de deux mois de nouveaux symptômes apparurent, les mains devinrent le siège de mouvements convulsifs, les pouces se recourbaient dans la paume de la main tandis que les autres doigts se portaient au contraire avec force dans l'extension; enfin des convulsions générales eurent lieu, d'abord une fois par semaine, puis tous les jours, et bientôt deux fois dans les vingt quatre heures.

Trois mois s'écoulèrent encore ainsi: la maladie faisait de rapides progrès, et tous les remèdes qu'on avait employés pour la combattre étaient restés sans résultat, le calomel, les vomitifs, les anti-spasmodiques avaient été tour à tour essayés et abandonnés. A cette époque le hasard fit remarquer que l'enfant n'exécutait presqu'aucun mouvement avec les membres inférieurs, et cette circonstance engagea à explorer la colonne vertébrale. La peau avait conservé partout sa couleur naturelle et le rachis n'offrait ni déviation ni difformité, mais lorsqu'en suivant de bas en haut la série des apophyses épineuses, on fut parvenu au niveau des troisième et quatrième vertèbres cervicales, le petit malade poussa tout-à-coup des cris aigus. Quatre sangsues furent aussitôt appliquées sur ce point; quelques heures après, un accès de suffocation eut lieu, mais il fut faible et de peu durée. Quatre nouvelles sangsues furent appliquées au bout de deux jours, et celles-ci produisirent un effet *miraculeux* ! Tous les symptômes disparurent aussitôt pour ne plus reparaître, et dix-huit mois après l'enfant n'avait pas cessé de jouir de la meilleure santé.

Le rapport étiologique établi par Corrigan se conçoit aisément; on voit fréquemment des affections cérébrales produire l'épilepsie, et la physiologie démontre l'influence qu'exerce la moelle allongée sur l'appareil respiratoire (voy. *Physiologie de l'homme*, par J. Muller, Coblentz 1835. p. 333. 2e édition). Quant à l'inflammation du cordon nerveux, elle peut être fa-

cilement déterminée chez les enfants par des violences extérieures, une pression trop considérable, une chute, etc, en raison du peu d'épaisseur des parties molles, qui à cet âge recouvrent et protègent cette région.

C. L'altération des ganglions lymphatiques du cou et de la poitrine, dit Hugh Lei, produit souvent la *crowing inspiration,* et il décrit ainsi les symptômes qui caractérisent cette espèce de respiration.

« L'enfant se trouve tout à coup suffoqué, la respiration cesse complètement et ne se rétablit que lorsqu'un cri aigu et saccadé se fait entendre. Ce cri que quelques auteurs ont comparé au chant du coq tient le milieu entre celui qui accompagne la suffocation croupale et celui qui sépare les quintes de la coqueluche ; il parait évidemment résulter d'un resserrement de la glotte et lorsqu'on l'a entendu une fois on ne peut plus le méconnaître. Quand l'accès, qui survient toujours pendant la nuit, est violent, la tête et le tronc sont rejetés en arrière, la face est pâle et convulsionnée, les yeux sont fixes, déviés, les membres contractés, etc.

Long-temps avant l'auteur anglais, Hufelànd avait signalé la fréquence du spasme de la glotte chez les enfants scrofuleux, et il avait donné à cette maladie le nom de *catalepsie pulmonaire*. (voy. *De la nature*, *du diagnostic et du traitement des maladies des enfants*, par *C. N. Hufeland*, Berlin 1819. p. 198. 3e édition). En poursuivant ses recherches Lei est arrivé aux résultats suivants :

1° On trouve très-souvent, chez les scrofuleux, une hypertrophie avec induration ou ramollissement des ganglions lymphatiques situés à la racine des poumons, autour de la crosse aortique, des carotides, des pneumo-gastriques, sur les côtés de la trachée artère, etc.

2° L'hypertrophie de ces ganglions détermine souvent la compression des nerfs pneumo-gastriques et laryngés infé-

rieurs. Merriman a pu le constater deux fois, et sur trois nécropsies d'enfants qui avaient succombé au spasme do la glotte, j'ai trouvé une fois ces nerfs fortement comprimés ; une autre fois il existait une déviation du nerf récurrent à gauche, dans le point où il embrasse la crosse de l'aorte, avec ramollissement de son tissu ; dans le troisième cas ce même nerf était évidemment altéré. Or, ces branches nerveuses envoient de nombreux rameaux à tous les muscles du larynx, et il faut remarquer que, parmi ceux-ci, les constricteurs de la glotte sont beaucoup plus puissants que les dilatateurs.

3° Si le spasme de la glotte n'a jamais été observé que sur des enfants, bien que les ganglions lymphatiques du cou et de la poitrine soient souvent affectés chez les adultes, on peut trouver l'explication de ce fait dans la disposition anatomique des parties. En effet, le nerf récurrent étant placé entre l'œsophage et la trachée, et le sillon qu'il occupe devenant de plus en plus profond à mesure que le canal aérien prend du développement, on conçoit que, chez les adultes, ce cordon nerveux est pour ainsi dire à l'abri de toute compression. D'un autre côté, la glotte ayant acquis des dimensions beaucoup plus considérables que celles qu'elle offrait chez l'enfant, et les cartilages arythénoïdes opposant une plus grande force de résistance à l'action des muscles constricteurs, l'occlusion complète do la glotte ne peut plus être opérée aussi facilement.

4° L'hypertrophie des ganglions cervicaux et thoraciques détermine souvent chez les adultes des symptômes analogues à ceux du spasme de la glotte. Joseph Swan a vu celle des ganglions bronchiques produire la toux et d'autres troubles dans les fonctions respiratoires, par suite de la compression des nerfs pneumo-gastriques, (J. Swan, *a tréatise on diseases and injuries of the nerves*. London 1834. Chap. 10), et Allan Burns a observé une suffocation mortelle, déterminée par le

développement des ganglions lymphatiques du cou. (*Remarques sur l'anatomie chirurgicale de la tête et du cou*, par A. Burns. Traduit par Dohlhoff. Halle 1821, pag. 82).

Les observations de Lei sont fort importantes pour l'histoire du spasme de la glotte, et elles sont confirmées par l'expérience On lira je pense, avec intérêt, l'exposition du fait suivant, qui justifie également les assertions de Swan et de Burns.

Obs. III. — Un homme de quarante-deux ans, qui dans sa jeunesse avait beaucoup souffert des scrofules, jouissait depuis plusieurs années d'une bonne santé, et n'avait, à l'exception de quelques angines tonsillaires, éprouvé aucune indisposition. Au printemps de 1834, il remarqua que son cou augmentait beaucoup de volume et quoiqu'il n'éprouvât aucune gêne, ni dans la respiration ni dans la déglutition, il vint me consulter au mois de mars. Je constatai de chaque côté de la trachée artère des chapelets de ganglions lymphatiques hypertrophiés, indurés et entièrement indolents à la pression; je prescrivis des résolutifs à l'extérieur et à l'intérieur, mais leur administration ne fut suivie d'aucune amélioration.

Au mois d'avril, le malade qui s'était couché et endormi sans avoir éprouvé aucun symptôme étranger à son état habituel, fut brusquement réveillé par une violente suffocation; un médecin qu'on envoya chercher en toute hâte, trouva la face bleue, les yeux saillants et immobiles, les mains contractées, froides, la bouche largement ouverte, la respiration entièrement suspendue; il pratiqua aussitôt une saignée et fit appliquer un sinapisme sur la poitrine. L'accès dura environ deux minutes, la respiration se rétablit alors peu à peu, le malade toussa pendant une minute, ne se rendormit qu'avec peine, mais le lendemain matin et pendant les cinq jours suivants il se trouva comme à son ordinaire. Un nouvel accès eut lieu dans la sixième nuit, et depuis lors les attaques se reproduisirent quotidiennement vers minuit. Le malade tomba dans le marasme; malgré les traitements les plus énergiques il ne tarda pas à succomber.

A l'autopsie on trouva, au devant du *fascia cervicalis*, sur le côté droit de la trachée, trois ganglions lympatiques hypertrophiés; l'un d'eux était ramolli et offrait un commencement de suppura-

tion. Au-dessous du fascia tous les ganglions placés sur les côtés de la trachée artère étaient indurés et hypertrophiés, quelques ganglions mésentériques offraient la même altération. Aucune autre lésion ne put être constatée, ni dans le cerveau, ni dans le poumon, le cœur, les gros vaisseaux, etc.

D. L'hypertrophie du thymus est enfin la quatrième cause qui détermine fréquemment le spasme de la glotte. P. Frank et Kopp ont signalé les premiers ce fait intéressant d'anatomie pathologique ; mais l'ignorance dans laquelle nous sommes encore sur les usages, le mode de développement et de disparition de cette glande, y a laissé bien des points obscurs. Ainsi l'hypertrophie du thymus est-elle congénitale ou est-elle toujours acquise ? Quels sont les rapports physiologiques qui unissent cette altération aux lésions du cœur dont elle est si souvent accompagnée ? (persistance du trou de botal, dilatation des cavités droites, hypertrophie du ventricule gauche, etc). Il est impossible de répondre à ces questions d'une manière satisfaisante, et il est à désirer que les praticiens ne négligent pas de recueillir les observations qui peuvent aider à leur solution.

Quoi qu'il en soit, il est évident du moins que l'hypertrophie du thymus, comme celle des ganglions lymphatiques, ne produit le spasme de la glotte qu'en exerçant une compression sur les nerfs de la dixième paire, et c'est également à elle qu'Alexandre Hood, Berinenger, J. F. Meckel et Haugsted ont attribué l'hydrocéphale aiguë qui complique si souvent cette affection. En effet les autopsies prouvent que le thymus se développe principalement à sa partie supérieure et s'étend fréquemment jusqu'aux veines jugulaires ; on conçoit dès lors que l'obstacle apporté ainsi à la circulation veineuse de la tête détermine une hydropisie dont les travaux de J. P. Frank, d'Abercrombie, d'Andral, de Bouillaud, ont fait connaître le mécanisme (1). L'observation suivante me semble remarquable sous plusieurs rapports.

(1) La diathèse tuberculeuse et scrofuleuse est généralement

Obs. IV. — Jean de F... né de parents sains quoique faibles, n'avait point été malade jusqu'à l'âge de six mois; il était vif, gai, prenait le sein avec avidité et ne criait ou ne pleurait que fort rarement; les parents avaient seulement remarqué, mais sans y attacher aucune importance, que sa langue pendait souvent hors de la bouche. Une nuit, après avoir dormi paisiblement pendant cinq ou six heures, l'enfant se réveilla brusquement avec tous les symptômes du spasme de la glotte; l'accès ne dura que quelques secondes, et l'enfant se rendormit bientôt; le lendemain matin il était aussi bien que de coutume. La nuit suivante nouvel accès, et dès-lors les attaques se reproduisirent régulièrement toutes les nuits; bientôt elles se manifestèrent pendant le jour, devinrent plus longues, plus violentes, et finirent par devenir très-fréquentes, l'action d'avaler, de rire, de pleurer, leur donnant lieu. Les parents attribuèrent ces symptômes au travail de la dentition, et comme l'enfant paraissait, quant au reste, se très-bien porter, ils ne cherchèrent pas à les combattre.

Le 24 décembre 1833, deux mois après l'apparition du premier accès, l'enfant fut pris dans la nuit d'une suffocation plus violente que de coutume et suivie de convulsions générales qui se prolongèrent pendant plus d'une heure. Je fus appelé : les carotides battaient avec force, la tête et la région précordiale paraissaient être douloureuses à la pression, l'occiput était chaud; je fis appliquer des sangsues dans la fosse sus-sternale, de la glace sur la tête, un vésicatoire sur la poitrine, et j'administrai le calomel à l'intérieur. Les accès de suffocation se reproduisirent comme de coutume, mais les convulsions ne se manifestèrent de nouveau que le trois janvier.

Le 5 *janvier*. Les convulsions sont violentes, les urines et les évacuations alvines rares, la peau est très-sèche.

Le 6. La maladie a fait de nouveaux progrès, les joues sont rouges, les yeux saillants; l'enfant après quelques vomissements, est tombé dans un état comateux. Sangsues, sinapismes aux jambes.

---

reconnue comme cause prédisposante de l'hydrocéphale aiguë des enfants, mais il est remarquable et bien fâcheux que parmi les auteurs qui se sont occupés récemment de cette maladie, et je citerai en première ligne, MM. Guersent, Coindet, Parent-Duchatelet, Martinet, Ghérard, Rufz, Biett, aucun n'ait noté avec soin, dans ses observations nécroscopiques, l'état dans lequel se trouvait le thymus. (*Note du traducteur*).

Le 7. La nuit a été fort mauvaise, les convulsions et les accès de suffocation se sont presque succédés sans interruption; les mains sont convulsivement fermées, le pouls est filiforme. L'enfant succombe le lendemain matin.

Autopsie. La rigidité cadavérique est assez prononcée, les mains sont encore fermées, et l'on ne peut qu'avec peine ramener les doigts dans l'extension; les paupières et les narines sont couvertes d'une mousse blanchâtre épaisse, la grande fontanelle est déprimée, la poitrine présente une forte convexité. Après avoir enlevé avec précaution le sternum, je découvris le thymus qui recouvrait pour ainsi dire toute la face antérieure de la poitrine en s'étendant depuis le larynx jusqu'au diaphragme et d'un bord costal à l'autre. Les poumons et le péricarde étaient entièrement cachés par cette énorme masse qui pesait 13 drachmes et 4 grains, et qui comprimait fortement les veines jugulaires, à leur origine. Au-dessus d'elle ces vaisseaux étaient manifestement dilatés, et ils renfermaient, ainsi que toutes les veines du cou, une grande quantité de sang noir et épais. Les poumons étaient fort peu développés, mais parfaitement sains; la trachée artère, les bronches, examinées jusque dans leurs dernières ramifications, n'ont rien offert de pathologique. Les cavités droites du cœur sont pâles et molles, le ventricule gauche est au contraire épaissi et d'une consistance plus considérable qu'à l'ordinaire. Le trou de botal est oblitéré. La tête offre une bonne conformation, les sutures sont réunies; la grande fontanelle est encore membraneuse. Les sinus sont gorgés de sang noir et épais. Le cerveau offre dans son épaisseur une grande quantité de petits points d'un rouge foncé résultant de la division des vaisseaux; les ventricules latéraux renferment 5 drachmes d'une sérosité sanguinolente, les plexus choroïdes sont fortement injectés. Après avoir enlevé la masse encéphalique, il s'écoula du crâne et du canal rachidien environ trois onces d'une sérosité roussâtre. La moelle est saine, tous les autres organes sont dans leur état normal.

Il est incontestable que dans ce cas l'hypertrophie du thymus a été l'affection primitive, c'est elle qui a déterminé d'abord les accès de suffocation et plus tard l'hydrocéphale aiguë dont les convulsions n'ont été qu'un symptôme.

Nous terminerons ce qui a trait à l'hypertrophie du thymus par quelques mots sur la maladie que quelques auteurs ont

voulu y rattacher et qui a été observée par E. Jœrg, et décrite par lui sous le nom d'*Atelectasis*. En lisant avec attention les observations rapportées par cet auteur et par Kopp, il devient évident que l'Atelectasis est constituée par la persistance de l'état fœtal du poumon, état dont la conséquence nécessaire est la mort de l'enfant par asphyxie. Mais l'atelectasis entraîne-t-elle nécessairement le développement anormal du thymus, voilà ce qu'il est impossible de décider et ce qui d'ailleurs importe peu à notre sujet, puisque nous n'avons considéré ici l'hypertrophie du thymus que dans son rapport avec le spasme de la glotte.

Diagnostic. Le diagnostic est généralement facile à établir : on ne pourrait confondre le spasme de la glotte qu'avec :

1. *La coqueluche*, lorsque l'accès de suffocation est accompagné de toux ; mais l'apparition brusque des symptômes, pendant la nuit, sans prodrômes, la suspension *complète* de la respiration, l'absence de toux habituelle, de vomissements, feraient bientôt cesser la méprise.

2. *La cyanose* ; mais celle-ci, qui ne s'observe que chez les enfants très-faibles, est précédée de gémissements, de pleurs, d'inquiétude ; les lèvres sont bleues, le petit malade affecte de préférence le décubitus dorsal, et ne peut se coucher sur le côté gauche, la suffocation est moins violente et ne s'accompagne d'aucun cri.

3. *Le croup*. La marche et les caractères des deux affections diffèrent essentiellement, la méprise ne pourrait donc avoir lieu que pendant un accès ; dans ce cas, la nature du cri et le retour normal de la voix et de la respiration feraient bientôt reconnaître le spasme de la glotte.

4. *L'asthme de Millar* ; mais cette maladie, d'ailleurs peu connue, se lie à la bronchite, et s'accompagne de symptômes spéciaux.

5. *La suffocation* qui, chez certains enfants, succède à des cris prolongés ou à une forte colère ; mais les circonstances qui ont précédé et fait naître l'accès, l'état normal du pouls,

l'absence de refroidissement des membres, de perte de connaissance, d'un cri particulier, la distinguent évidemment.

6. *L'atelectasis* de Jœrg ; mais nous avons vu que cette affection accompagne immédiatement la naissance ; la suffocation est continue, rapidement mortelle, et ne s'accompagne d'aucun cri.

Il est plus difficile et non moins important d'établir les signes à l'aide desquels on peut reconnaître la cause qui détermine le spasme de la glotte, et nous allons essayer de le faire pour les quatre classes étiologiques que nous avons considérées comme les plus certaines.

A. Lorsque le spasme de la glotte est déterminé par une inflammation du cerveau ou de ses membranes, par une hydrocéphale chronique, les symptômes cérébraux apparaissent nécessairement les premiers, et les accès de suffocation n'ont lieu que lorsqu'ils ont déjà atteint une certaine intensité. La suffocation suit ensuite la même marche que l'affection encéphalique, elle augmente ou diminue avec elle.

B. Lorsque le spasme de la glotte se lie à une inflammation de la moelle alongée, on constate ordinairement un point douloureux à la pression, dans la région cervicale du rachis ; la suffocation a été précédée de douleur dans le même point, les convulsions n'ont lieu que dans les membres thoraciques ; si l'enfant a fait une chute, s'il a été soumis à des violences extérieures, la connaissance de ces circonstances assurera le diagnostic.

C. Si l'affection résulte de l'hypertrophie des ganglions lymphatiques, elle ne se manifeste que sur des sujets d'une constitution scrofuleuse, et généralement pas avant la première année ; quelquefois beaucoup plus tard ; elle s'accompagne fréquemment de toux, de dérangement dans les fonctions digestives ; elle est précédée par une dyspnée continue ; enfin en renversant la tête de l'enfant en arrière, on parvient presque toujours à sentir les ganglions cervicaux hypertrophiés.

D. Est-il possible de reconnaître l'hypertrophie du thymus ? Fingerhuth assure y être parvenu à l'aide de l'auscultation : le murmure respiratoire ne se fait pas entendre, dit-il, au niveau de la glande lorsqu'elle dépasse son volume normal. Mais j'ai constaté ce signe négatif chez un grand nombre d'enfants qui se portaient parfaitement bien ; je n'accorde pas une plus grande valeur à celui qui se fonde sur la possibilité d'entendre distinctement les battements du cœur du côté droit de la poitrine. Enfin la tumeur apparente à l'extérieur qu'Allan Burns prétend avoir toujours rencontrée au point où le thymus est recouvert par le *fascia cervicalis* et les muscles sterno-hyoïdiens et sterno-thyroidiens, n'a encore pu être constatée par aucun observateur. Les signes suivants me paraissent mieux établis.

Les enfants éprouvent une dyspnée habituelle ; les attaques surviennent principalement lorsqu'ils sont couchés sur le dos ; en percutant la région thymique, on obtient un son mat que Graf a comparé avec justesse à celui que présente la région du foie ; la langue est souvent pendante hors de la bouche, même dans le sommeil, et si ce dernier symptôme n'est pas constant, ainsi que l'ont assuré Kopp, Graf et Kornmaul, il a du moins une assez grande valeur, puisqu'il n'a jamais été observé que dans les cas où le spasme de la glotte était déterminé par l'hypertrophie du thymus. Lorsque la maladie est compliquée d'une hydrocéphale aiguë, les accès de suffocation précèdent constamment l'apparition des symptômes cérébraux.

Pronostic. Le pronostic est toujours grave, puisqu'un seul accès de suffocation, lorsqu'il se prolonge au delà d'un temps fort court, peut déterminer la mort. Cependant il faut tenir compte de l'âge, de la constitution du malade, de la cause qui donne lieu à la maladie, des complications. La durée est également subordonnée à ces différentes circonstances.

Nature. Quoique le spasme de la glotte, considéré en lui-même, ne soit qu'un des symptômes d'une maladie qui peut varier dans son siége et dans son essence, il a néanmoins droit de figurer dans les cadres nosologiques aux mêmes titres que l'épilepsie, l'hystérie, les convulsions, etc. Or, il me semble que la nature des symptômes que nous avons décrits, leur mode d'apparition, leur intermittence, leur marche, autorisent déjà suffisamment à ranger la maladie à laquelle ils se rattachent, parmi les *névroses*, quand bien même les faits d'anatomie pathologique observés par Lei, Merriman, etc., ne viendraient pas encore justifier cette classification. Dans tous les cas, l'état constant de parfaite intégrité qu'ont présenté les poumons, le larynx, la trachée, les bronches, ne permet plus d'admettre celle qu'exprimaient implicitement les dénominations de pléthore pulmonaire, apoplexie pulmonaire, catarrhe suffocant, etc.

Traitement. Le traitement du spasme de la glotte présente deux indications bien distinctes : 1° Faire cesser par l'emploi des moyens le plus promptement efficaces l'accès de suffocation dont la prolongation peut déterminer la mort. 2° Combattre la cause qui peut donner lieu à son retour.

Les moyens qu'on peut mettre en usage pour remplir la première indication sont fort restreints. Il faut coucher l'enfant sur le ventre, la tête élevée, lui donner de légers coups sur le dos, frictionner la poitrine et les extrémités avec de la flanelle ou un liniment irritant. Lorsque le sang se porte vers le tête, il faut avoir recours aux applications froides, aux sinapismes, aux vésicatoires ; enfin dans quelques cas une application de sangsues derrière les oreilles ou dans la fosse sussternale devient nécessaire. La pratique conseillée par Graf, et qui consiste à insufler de l'air dans la bouche, ne serait suivie d'aucun résultat, puisque l'occlusion de la glotte s'oppose à la progression de ce fluide ; la phlébotomio de la jugulaire et la trachéotomie proposée par Lei pourraient être plus efficaces si le temps qu'exige l'une et l'autre de ces opérations ne devait souvent les rendre tardives. Il faut ajouter à cette

considération, qu'on ne se décide pas facilement à la dernière, qu'il est fort difficile d'établir sa nécessité, et que le médecin assiste très-rarement au début de l'accès de suffocation.

Lorsque la respiration est rétablie, il faut éloigner de l'enfant toutes les causes que nous avons vues déterminer dans certains cas le retour des attaques; ainsi on le mettra à l'abri de toutes les sensations qui pourraient exciter en lui la douleur ou une joie immodérée; on l'empêchera de courir, de jouer avec trop d'ardeur, on lui épargnera avec soin les *efforts* de déglutition.

Je ne m'arrêterai pas au traitement que réclament l'inflammation du cerveau, de ses membranes, de la moelle alongée et l'hypertrophie des ganglions lymphatiques; il est bien connu et n'offre ici rien de particulier. Mais je dirai quelques mots des moyens qu'on peut opposer au développement anormal du thymus et qui sont encore généralement peu connus.

Dans l'état actuel de nos connaissances anatomiques et physiologiques sur le thymus, on comprend d'avance que les essais curatifs n'ont pu être faits que par voie d'empirisme ; je me contenterai donc d'indiquer les résultats qu'on peut raisonnablement en espérer ou qu'on en a déjà obtenus.

Graf et Hirsch ont proposé un traitement qui se rapproche de celui de Valsalva pour l'anévrysme interne ; ils veulent qu'on sèvre l'enfant, qu'on le soumette à une diète extrêmement rigoureuse, et ils pensent qu'on peut ainsi, sinon obtenir l'atrophie du thymus, du moins arrêter son excès de développement. Je suis loin de partager cette opinion que je regarde comme fort dangereuse ; le symptôme le plus grave de la maladie, le spasme de la glotte, est évidemment un phénomène nerveux, et plus on débilite le malade, plus le système nerveux devient irritable. Cette même considération doit faire rejeter les émissions sanguines répétées et l'usage continué de purgatifs énergiques, conseillés par les mêmes auteurs.

Les narcotiques préconisés par d'autres auteurs n'ont qu'une efficacité douteuse et leur emploi est toujours dangereux chez

les enfants ; ils agissent trop fortement sur le système nerveux et déterminent des congestions cérébrales, ainsi que l'ont prouvé les observations de Wagner et de Lippich.

Quelques praticiens, assimilant le thymus aux glandes, aux ganglions, ont eu recours à certains médicaments exerçant une action spécifique sur le système lymphatique, tels que le calomel, la poudre de Plummer, la ciguë, l'iode, l'éponge brûlée, etc, etc. ; mais est-il possible de baser un système thérapeutique sur des opinions anatomo-physiologiques que rien ne justifie jusqu'à présent, et n'est-il pas des indications plus rationnelles auxquelles il soit préférable d'obéir? Voici le traitement que m'a fait adopter mon expérience et dont j'ai toujours eu à me louer.

Il ne faut pas permettre au petit malade le décubitus dorsal; il faut le préserver avec grand soin du froid, de l'humidité ; il faut lui faire prendre un exercice modéré et régulier. Si l'enfant est fort, pléthorique, on doit modérer, par le régime, la vigueur de sa constitution, sans jamais le débiliter; s'il est au contraire faible, chétif, pâle, on le ranimera par un régime nourrissant et tonique.

On ne peut guère espérer agir directement sur le thymus, et c'est à la nature qu'il faut abandonner le soin d'arrêter son développement anormal et de présider ensuite à sa disparition; cependant les préparations de zinc, de cuivre, de petites doses de calomel, d'ipécacuanha, paraissent favoriser son action, et on ne doit pas négliger l'emploi de ces moyens qui n'entraînent aucun inconvénient. On retire aussi de fort bons effets de l'application d'un vésicatoire sur la poitrine.

Pour combattre les convulsions on se réglera sur la constitution de l'enfant et sur les symptômes qu'il présentera. Si le petit malade est fort, sanguin, si la tête est chaude, le visage rouge, si les carotides battent avec violence, on aura recours aux applications de sangsues, à l'apposition de glace sur la tête, aux dérivatifs sur les extrémités et le canal intestinal. Si au contraire le malade est faible, si le visage est pâle, le

pouls peu développé, on se gardera bien de tirer du sang; alors les lavements de valériane, d'asa-fœtida, le musc, les bains aromatiques produiront de fort bons effets.

Allan Burns a proposé, pour les cas extrêmes, l'extirpation du thymus: il a essayé deux fois cette opération sur le cadavre, et il ne balancerait pas, dit-il, à la pratiquer sur le vivant, si, tous les autres moyens ayant échoué, la mort devenait imminente. Voici le procédé opératoire qu'il a adopté. Une incision verticale, dirigée au-dessus du sternum, entre les muscles sterno-hyoïdiens, met le thymus à découvert; on sépare alors autant que possible la glande des parties qui l'environnent au moyen du doigt indicateur, on la saisit ensuite avec une pince à polypes, et on procède à son arrachement.

Il me semble qu'il suffit de lire la description de cette opération pour comprendre à quel point elle est improposable.

BIBLIOGRAPHIE.

J. M. Kopp. *Denkwurdigkeiten in der arztlichen Praxis*. Francfurt. 1 vol. 1830. 3e vol. 1836.

N. Marsh. *The Dublin hospital reports and communications in medicine and surgery. V.* the fifth. Dublin 1831.

Caspari et Pagenstecher. *Beschreibung des asthma thymicum.* In *der Heidelberger klin. Annalen* VII vol. 2e cah.

Pagenstecher. *Ueber das Asthma dentientium der sogenannte Asthma thymicum.* Id. Cah. 4.

Schneider. *Ueber Asthma thymicum.* In *Med. Conversations-Blatt*, von Hohnbaum und Jahn. 1830 n. 46.

Brueck. *Ueber asthma thymicum.* id. 1832 n. 22.

Piltschaft. id. id. 1832 n. 28.

Conradi. *Ueber asthma thymicum.* In der *Gottinger gelehrten Anzeigen* 1832 n. 32.

Conradi. *Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie.* Cassel. 1833. 4e édit.

Wunderlich. *Ueber asthma thymicum.* In *Med. Correspondentzblatt des Wurtemb. artzl. Vereins.* 1832, n. VII.

Brunn. *Ueber asthma thymicum.* In *Wochenschrift für die ges samm. Heilkunde, von Casper*, 1833, n. 49.

Kornmaul. *Inaugural-Abhandlung über das Asthma thymicum.* Zweibrucken, 1834.

Georg. Hirsh. *Ueber asthma thymicum.* In *Journal für die prakt. Heilkunde*, von Hufeland und Osann. juli 1835.

Hugh Lei. *London médical Gazette.* Febr : 1834.

Fingerhuth. *Bemerkungen über Hypertrophie der Glaundula Thymus.* In *Wochenschrift*, von Casper. 1835 n. 36.

Rosch Zu Schwenningen. *Ueber asthma thymicum.* In *Journal* von Hufeland und Osann. Januar 1836.

Corrigan. *London médical and surg. journal.*

A. Hood. *The Edinburgh medical and surg : journal.*

Haugsted. *Thymi in homine et per seriem animalium descriptio anatomica, pathologica et physiologica.* Hafniæ, 1832.

Graf. *Ueber asthma thymicum.* Jarbucher des artzl. Vereins zu Munchen 11 Jahrgang.

Albers. *Beobachtungen auf dem Gebiete der Pathologie und Pathologischen Anatomie.* Bonn 1836, 1 vol.

REVUE GÉNÉRALE.

Anatomie.

Des aponévroses du périnée ; par M. Ch. Denonvilliers. — Malgré les progrès qu'a faits dans ces derniers temps l'anatomie chirurgicale, on ne peut nier qu'il règne encore beaucoup de confusion dans l'histoire des aponévroses. C'est ce qu'il est facile de constater surtout dans les descriptions si diverses que les auteurs ont données du périnée. Ce n'est pas cependant que dès longtemps on n'ait remarqué la relation intime qui existe entre les aponévroses d'une part, et de l'autre les muscles, les vaisseaux et les organes auxquels elles forment partout des gaines en se moulant sur eux. Mais ce principe avait été trop souvent oublié dans les descriptions particulières des régions. Aussi M. Denonvilliers, en s'y attachant dans la description du périnée, a non seulement rendu cette description simple et facile, mais encore a été amené à reconnaître plusieurs faits échappés aux investigations antérieures; en voici l'abrégé succinct.

On a décrit l'aponévrose principale supérieure ou *fascia pelvia* comme une espèce d'entonnoir fixé par ses bords sur la circonférence du détroit supérieur du bassin, sans tenir compte d'un grand

nombre d'autres insertions. M. Denonvilliers fait voir qu'au lieu d'une seule aponévrose il y en a réellement huit. De chaque côté en effet on trouve quatre muscles, l'obturateur interne, le pyramidal, l'ischio-coccygien et le releveur de l'anus. Chacun de ces muscles est revêtu à sa face supérieure ou interne par une aponévrose, et c'est l'ensemble de ces aponévroses qui constitue le *fascia pelvia*.

Quiconque connaît les muscles connaît nécessairement les aponévroses. La disposition des aponévroses moyennes dans la portion anale du périnée n'est pas moins facile à comprendre, le rectum occupe le centre de cette région soutenu par le releveur de l'anus; les deux excavations qui se trouvent sur ces parties latérales sont tapissées par deux plans fibreux, écartés en bas, convergents en haut (*apon. ischio rectale*, de Velpeau, partie postér. de l'*apon. pér. moyenne* de Blandin. Il est facile de voir que le plus extérieur de ces plans n'est que la portion inférieure de l'aponévrose de l'obturateur interne, tandis que la portion interne appartient à l'aponévrose inférieure du muscle releveur. Celle-ci, comme le fait remarquer l'auteur, n'est jamais complète; son peu d'épaisseur explique comment les abcès formés autour du rectum remontent quelquefois très-haut en passant à travers les fibres du releveur de l'anus.

La disposition de la partie antérieure du périnée est beaucoup plus compliquée La prostate et la portion membraneuse de l'urètre placées au centre sont enveloppées de toutes parts par des plans fibreux. On connait déjà sous le nom de ligament de Carcassonne, de ligament triangulaire, d'aponévrose *périnéale moyenne* (Blaudin), *ano-pubienne* (Velpeau), une lame fibreuse tendue dans l'intervalle qui se trouve au-dessous de la symphise du pubis et entre ses branches. Ce plan, dit M. Denonvilliers, résulte de la superposition de deux lames fibreuses. L'inférieure, renforcée par une expansion des muscles ischio et bulbo-caverneux, se prolonge elle-même sur le bulbe, de manière à l'enclaver dans l'aponévrose; en arrière elle se recourbe pour se continuer avec l'aponévrose périnéale superficielle. La lame supérieure se prolonge par sa partie moyenne sur la face antérieure du rectum, tandis que latéralement elle se reploie sur le muscle transverse du périnée et va se confondre avec la lame inférieure. Entre les deux lames que nous venons de décrire, se trouvent : 1° des fibres musculaires, les unes transversales, dont les plus postérieures appartiennent aux muscles transverses, les autres antéro-postérieures, provenant du sphincter et parfois du rectum pour s'épanouir ou se réunir en

petits faisceaux qui vont jusque sur le bulbe de l'urètre ; 2° l'artère honteuse interne, la bulbeuse, etc. 3° Les glandes de Cowper.

Sur les côtés de la portion membraneuse de l'urètre et de la prostate se trouve une aponévrose tendue entre l'aponévrose perinéale supérieure et le ligament de Carcassonne avec lequel elle se confond en se déviant de sa direction première. Cette aponévrose, à laquelle M. Denonvilliers donne le nom d'apon. latérale de la protate ou pubio-rectale, s'étend des côtés de la symphyse du pubis où elle s'implante, jusqu'au rectum sur les parties latérales duquel elle se prolonge, et plane entre les fibres propres de l'intestin et celle du releveur de l'anus. Cette aponévrose sépare le muscle releveur de l'anus qui est à sa face externe et lui adhère lâchement, du muscle de Wilson qui s'implante sur elle en dedans. Ce muscle, confondu à tort par Meckel avec le bulbo-caverneux et par la plupart des anatomistes français avec le releveur, est donc isolé du premier par l'apon. périnéale moyenne, du second par l'apon. pubio-rectale. Ce muscle, qui chez la plupart des sujets embrasse la portion membraneuse de l'urètre sans forme déterminée, envoie quelquefois des fibres sur la prostate et le rectum.

On peut voir maintenant comment la prostate, limitée à droite et à gauche par son aponévrose latérale, est solidement fixée par elle entre l'ap. périnéale supérieure d'une part, l'ap. périnéale moyenne et le rectum, de l'autre ; comment la portion membraneuse de l'urètre se trouve contenue dans une sorte de caisse irrégulièrement quadrilatère, formée en avant par la symphyse du pubis et son ligament triangulaire, en arrière par la face antérienre de la prostate ; sur les côtés par l'apon. pubio-rectale ; en bas par l'ap. périnéale moyenne ; enfin en haut par une petite lame fibreuse déprimée en forme de godet, située entre les deux faisceaux les plus antérieurs de l'aponév. périnéale supérieure, lesquels s'étendant de la prostate au pubis sont généralement connus sous le nom de ligaments antérieurs de la vessie. L'auteur donne le nom de *pubio-prostatique*, à cette petite lame percée de trous que traversent les veines dorsales du pénis. Enfin il décrit sous le nom de prostato-péritonéale, une couche membraneuse dartoïde, placée entre le rectum et le bas fond de la vessie, et étendue de la partie la plus reculée de la prostate au cul-de-sac recto-vésical. Cette lame envoie par sa face antérieure des prolongements assez denses qui enveloppent les vésicules sémieales. Ces derniers organes, les uretères et le canal déférent, sont donc contenus dans une loge placée entre la vessie et la lame dont il est ici question. C. Denonvilliers. (*Propos. et observ. d'anat., de physiolog. et de pathologie* Thèses de Paris 1837, in-4° n° 285,

Anatomie pathologique et pathologie médicale.

Atrophie des os (*Considérations sur quelques formes de l'*) par *Thomas Blizard Curling.* — Le mot atrophie est appliqué ici à tous les changements qui s'opèrent dans le tissu osseux, et qui sont caractérisés par une perte de substance sans altération dans la texture ou dans l'organisation. En adoptant cette expression, l'auteur ne prétend faire aucune allusion à l'action morbide qui produit l'atrophie; car, dans la majorité des cas il est impossible de décider nettement si la perte de substance est causée par une exagération de l'absorption, ou par une nutrition défectueuse. L'atrophie peut avoir son siège dans tout le système osseux, ou être limitée à certains os, ou même à quelques parties d'un os. — Nous n'avons pas besoin de nous arrêter sur la compression comme cause d'atrophie locale.— Un os peut s'atrophier en partie ou en totalité, consécutivement à une lésion, de telle sorte que sans aucune altération appréciable de sa configuration externe, par un changement qui porte à la fois sur les particules solides et sur les particules molles, cet os est rendu plus petit et moins pesant. L'auteur appelle cette modification *atrophie concentrique*. Les os, de même que les tissus mous, se flétrissent et perdent de leur volume quand leur activité et quand leurs fonctions sont suspendues, comme on le voit dans les os des moignons après les amputations, et dans ceux des membres ankylosés. Ils s'atrophient également lorsqu'ils sont privés de l'influence nerveuse. Toutefois dans les exemples cités par M. Curling, on pourrait demander si l'atrophie n'était pas plutôt l'effet de l'inactivité du membre, que celui de la soustraction de l'influence nerveuse. Mais l'influence du système nerveux sur les vaisseaux capillaires est démontrée d'une manière remarquable par un fait qui appartient à M. Travers, et dans lequel le tibia fracturé d'une jambe qui était paralysée par suite d'une fracture des vertèbres lombaires, ne se consolida point, tandis que l'humérus fracturé dans le même temps se consolida parfaitement dans la période ordinaire. Quelquefois l'atrophie des parties molles reconnaît pour cause une diminution dans l'afflux normal du sang. M. Curling a démontré que la même chose a lieu pour les os. Dans les os longs, la nutrition est entretenue par les vaisseaux qui viennent du périoste, et par les vaisseaux nourriciers propres. Lorsque ces os sont fracturés, un des fragments doit être entièrement privé du sang qui lui arrive de son artère nourricière, et, bien que les deux ordres de vaisseaux communiquent largement l'un avec l'autre, les petits canaux à travers lesquels passent les vaisseaux extérieurs ou périostaux, étant inextensibles, ces vaisseaux ne peuvent acquérir cette augmentation rapide de volume qui a lieu dans les tis-

sus mous, et qni facilitent tant la circulation. En conséquence, M. Curling examina les sections d'os cylindriques fracturés, afin de s'assurer si les fragments qui avaient été privés du sang qui leur provenait de l'artère nourricière, avaient subi un degré proportionné d'atrophie. C'est ce qu'il reconnut en effet. Sur des fémurs fracturés au-dessous du tronc de l'artère nourricière, il trouva la cavité interne du fragment inférieur, agrandie; les aréoles étaient élargies, et leurs parois avaient diminué d'épaisseur. L'auteur propose de donner à cette espèce d'atrophie le nom *d'atrophie excentrique*. Il a rencontré également la même altération sur de tibias fracturés, tandis que sur des humérus fracturés un peu au-dessous de l'artère nourricière, c'était le fragment supérieur qui avait été atrophié. Cette atrophie ne se rencontre pas *constamment*, et si les considérations qui précèdent sont justes, on ne devra point l'observer, 1° dans les os récemment fracturés, car le phénomène de l'atrophie ne s'opère que lentement; 2° dans les os réunis depuis longtemps, à cause de l'établissement d'une circulation collatérale, si ce n'est chez les sujets âgés ou affaiblis, chez lesquels la circulation ne se rétablit jamais complètement, et chez qui l'atrophie doit être permanente; 3° enfin dans les os fracturés pendant la période de l'accroissement. A l'appui de cette opinion que l'atrophie a lieu dans le fragment osseux qui est privé de son afflux sanguin normal, M. Curling cite les nombreuses pièces qui sont déposées dans la plupart des collections anatomiques de Londres, et il pense que leur réunion suffit pour démontrer que l'atrophie excentrique n'était pas accidentelle, mais qu'elle dépendait, dans tous ces cas, de quelque cause uniforme. — M. Curling considère l'atrophie des os chez les vieillards, comme excentrique. Il fait encore rentrer dans cette espèce d'atrophie, la maladie désignée sous le nom de ramollissement des os, *mollities ossium*, qui dépend suivant lui et suivant plusieurs autres pathologistes, d'une nutrition défectueuse. Il a présenté en un tableau, tous les cas de cette affection qu'il a pu réunir, et il y a quelques considérations intéressantes. (*Medico chirurgical Transactions, tome* 20.)

Anévrysme variqueux sans lésion antécédente (*obs. d'*); par *S. H. Perry*. — Ce qui fait le principal mérite de ce fait, c'est que la communication qui existait entre l'artère et la veine s'était établie indépendamment de toute lésion externe. S. Allum, âgé de 47 ans, de complexion délicate, aperçut, au-dessous de son genou gauche, une petite tumeur, qui fit peu-à-peu des progrès. Deux ans après, sa femme s'aperçut d'une *palpitation* qui avait son siège dans le milieu de la cuisse gauche, et qui devint de plus en plus marqué e

Allum se confia aux soins de M. Perry, en février 1834. La tumeur, située au-dessous du genou, était manifestement un anévrysme : dans les deux tiers supérieurs de la cuisse gauche, il y avait une pulsation visible, le long du trajet de la veine et de l'artère fémorale. Cette pulsation cessa de se faire sentir au niveau de l'endroit où les vaisseaux passent à travers l'aponévrose du triceps. On percevait sur la tumeur, et autour d'elle, un *frémissement* distinct, qui persistait dans l'intervalle des battements artériels. Dans l'examen du malade, on fit cesser accidentellement le frémissement, en comprimant avec le doigt l'artère dans le point où elle traverse le triceps, bien que la circulation continuât à se faire dans le vaisseau. Une pelotte adaptée à un ressort fut appliquée sur ce point. En septembre 1835, la tumeur du pli du jarret était restée stationnaire, mais le frémissement de la cuisse avait moins de force et moins d'étendue, et l'on ne pouvait plus le *voir* comme auparavant. A cette époque, la tumeur de l'espace poplitée, augmenta tout à coup de volume, et la peau parut près de se gangréner. Alors, on découvrit l'artère fémorale, qui fut trouvée dans un état d'altération très-grave, et l'on plaça une ligature autour d'elle. Mais le malade mourut, au bout de six jours, d'une hémorrhagie qui se fit dans la plaie. On n'avait pas cru devoir lier l'artère fémorale à une époque moins avancée de la maladie, et l'on avait réservé ce moyen pour le cas où la vie serait mise en danger par les progrès de la tumeur de la région poplitée.

Examen du cadavre. — Les artères iliaques externes, et surtout la gauche, étaient tortueuses au point d'être réfléchies sur elles-mêmes; les parois de l'artère fémorale, dans toute l'étendue du vaisseau, n'étaient guère plus épaisses que des parois veineuses. Immédiatement au-dessous de l'origine de l'artère profonde, le vaisseau était considérablement dilaté; ses parois étaient molles et minces; et antérieurement, on apercevait l'ouverture par laquelle l'hémorrhagie s'était faite. La ligature avait été placée à une très-petite distance au-dessous de cette partie du vaisseau. Dans l'endroit où l'on avait supposé qu'il existait une communication entre l'artère et la veine, il y avait un sac anévrysmal, à peu près du volume d'une noix, solidement ossifié intérieurement. Par suite de la pression qu'il avait exercée sur la veine, il avait déterminé l'absorption des parois de celle-ci, de manière à former une ouverture circulaire, de deux lignes environ de diamètre. C'est par cette ouverture que l'anévrysme s'était vidé, et il en était résulté une large et permanente communication entre les deux vaisseaux. Immédiatement au-dessous de cette ouverture, la veine était oblitérée en un seul point, au-dessous duquel elle était en-

core perméable. Dans tout le reste de son trajet vers la partie supérieure de la cuisse, elle était diminuée de volume, et ses parois étaient épaissies. On ne peut douter que l'oblitération de la veine n'ait été causée par la compression exercée au moyen de la pelote. A la partie inférieure de l'artère poplitée, il y avait un large sac anévrysmal. — M. Perry n'a pu trouver, dans les auteurs, aucun autre cas semblable à celui dont on vient de lire l'extrait. Une circonstance curieuse de ce fait, c'est que les deux vaisseaux étaient renfermés dans une gaîne si dense et si résistante, que la veine n'avait pu subir aucun déplacement. (*Méd. chirurgical Transactions. Tome* 20).

Fracture de l'atlas, avec déplacement; Observ. par *Benjamin Phillips.* — Ce fait, bien que peu utile sous le point de vue pratique, à cause de son extrême rareté, est cependant fort important comme exemple des lésions graves que peut supporter cette portion de la colonne épinière, sans qu'il en résulte rien de fâcheux pour les organes intéressants qu'elle protège, et même pour le reste de l'économie. Il fait voir qu'il n'est pas généralement vrai de dire qu'une fracture de l'apophyse odontoïde est suivie à l'instant même de la mort, et qu'une fracture des premiers vertèbres cervicales, avec un déplacement considérable, est presque immédiatement mortel.

William Cross tomba de dessus une meule de foin, et resta étourdi sur le coup; c'était l'occiput qui avait porté. Etant revenu à lui, il marcha environ un demi mille pour se rendre chez le chirurgien de sa paroisse, qui le saigna et le purgea.

M. Phillips le vit un mois après l'accident. Il se plaignait de raideur du cou, et disait qu'il ne pouvait pas faire tourner sa tête. A la partie postérieure du cou, il y avait une petite tumeur, qui était située au-dessus de la seconde vertèbre. A l'exception du mouvement de rotation de la tête, toutes les fonctions s'exécutaient parfaitement bien chez le malade. On le traita dans la pensée que la tumeur du cou dépendait de quelque travail inflammatoire, consécutif à la lésion; mais tout ce qu'on en retira, ce fut une diminution dans la sensibilité à la pression.

Environ six mois après l'accident, la voix subit une modification, et la déglutition devint difficile. L'exploration du gosier fit reconnaître une légère tuméfaction à la partie postérieure du pharynx. Cette circonstance parut être en harmonie avec le diagnostic qu'on avait porté antérieurement. Peu de temps après, le malade eut une pleurésie, qui fut suivie d'anasarque et d'hydro-thorax,

et il mourut. Jusqu'à la dernière semaine de sa vie, il se rendit seul aux lieux d'aisances, et n'eut besoin d'être aidé par personne pour prendre ses aliments. On n'observa rien qui pût faire croire que la motilité ou la sensibilité fussent altérées.

Le cou seul fut examiné. Les condyles de l'occipital reposaient encore sur les surfaces articulaires de l'atlas. L'atlas n'était plus une vertèbre séparée et indépendante; ce n'était plus qu'un appendice de l'axis. Toute la portion antérieure de l'atlas, qui comprend les surfaces par lesquelles se fait son articulation avec l'occipital et avec l'axis, avait été violemment séparée de la partie postérieure de son anneau, et avait été portée dans une direction oblique en bas et en avant, de sorte qu'elle se trouvait sur le même plan que l'axis, mais au devant d'elle, et avait contracté des adhérences osseuses parfaites avec le corps et les apophyses transverses de cette vertèbre. Le fragment postérieur n'avait subi aucun déplacement. De cette manière, l'os présentait deux troncs rachidiens et quatre apophyses transverses, mais point d'apophyse odontoïde. Cette dernière avait été fracturée et séparée. Le trou rachidien antérieur ne donnait passage à aucun organe. On ne trouvait presque aucune trace d'engorgement dans les tissus ; rien, en un mot, qui dût démontrer que cette région eût été le siége d'un tel désordre. La moelle épinière ne présentait aucune lésion. (*Médico-chirurgical transactions*, tome 20).

TRANSPLANTATION DE LA CORNÉE. *Recherches sur la possibilité de transplanter la cornée dans les cas d'opacité incurable de cet organe*; par *S. L. F. Bigger*. —Est-il possible après l'excision d'une cornée opaque par le fait d'un staphylome ou de tout autre affection incurable, de la remplacer par une cornée saine prise sur un animal inférieur? Ce n'est qu'en Allemagne qu'on a donné attention à cette idée partout ailleurs regardée comme une vision. Le premier travail où il en soit fait mention est la dissertation inaugurale de Meiser (*Tubinge* 1823). De ses expériences l'auteur conclut que puisque la cornée ne peut s'unir à la surface dont elle vient d'être enlevée, elle ne peut à *fortiori* se réunir avec aucune autre. Plus tard Schœn, Drolshagen, Himly, Stilling et Dieffenbach firent de nouvelles recherches dont ils tirèrent tous à peu près les mêmes conclusions; qu'une cornée étrangère ne saurait reprendre, ou que si elle se réunissait, elle deviendrait complètement inutile par l'opacité qui ne manquerait pas de l'envahir. Cependant J. Heisinger en 1824 avait remplacé par une autre la cornée qu'il venait d'enlever de l'œil d'un animal et l'avait assujetti par une ligature. L'adhésion avait eu lieu, et 20 jours après elle était devenue transparente dans la moitié de son étendue.

Ces dissidences engagèrent le docteur Bigger à entreprendre de nouvelles expériences qu'il pratiqua successivement sur une gazelle, des lapins, un chien. Dans tous les cas les animaux opérés continuèrent à voir avec plus ou moins de netteté. Enfin à Dublin, il commença une nouvelle série d'expériences dont nous reproduirons les résultats; mais auparavant exposons la méthode opératoire du docteur Bigger.

Il rejette le couteau à deux tranchants employé par W. Thomé dans des expériences qui ont fait le sujet d'une thèse soutenue depuis peu à l'université de Frédéric Guillaume. Les deux tranchants du couteau de M. Thomé, agissant en même temps, ne permettent pas de faire une seule incision uniforme, de plus ils exposent beaucoup à léser l'iris. M. Bigger se sert du couteau à cataracte de Beer. La paupière supérieure de l'animal dont on veut prendre la cornée étant relevée à l'aide d'une ligature, le chirurgien enfonce l'instrument en dirigeant son tranchant en haut à la partie inférieure de la cornée, à une ligne de la sclérotique et en fait sortir la pointe le plus près possible du lieu d'entrée; puis d'un seul coup il taille de bas en haut un lambeau qui comprend presque toute l'étendue de la cornée. Le pédicule en est immédiatement coupé avec des ciseaux. Les paupières de l'animal sont rapprochées pour prévenir la sortie du cristallin et de l'humeur vitrée. La cornée incisée est placée sur un morceau de liége, qui, lui offrant un point d'appui, sert à faciliter le passage d'aiguilles courbes armées de ligatures étroites. Pendant ce temps, on a le soin d'humecter la cornée avec quelque humeur de l'œil. Le chirurgien pratique ensuite l'incision sur l'œil où l'on doit transporter la cornée; après quoi il fait fermer les paupières pendant quelques instants jusqu'au moment où cesse la contraction spasmodique des muscles de l'organe. Il adapte ensuite la cornée à sa situation nouvelle, en faisant passer la pointe de l'une des aiguilles entre la grande circonférence de l'iris alors en prolapsus et ce qui reste de la cornée primitive. L'ongle de l'indicateur gauche appuyant près de la pointe de l'aiguille sert à la faire sortir et à la tirer au dehors, sans altérer en rien l'œil. Il est souvent nécessaire pour accomplir ce dernier temps de se servir de petites pinces. La ligature est alors serrée et ses deux extrémités coupées. Le docteur Bigger avait d'abord mis trois ou quatre ligatures, il a remarqué depuis que deux ligatures suffisaient pour la réunion et déterminaient beaucoup moins d'irritation. L'œil est ensuite nétoyé et les paupières enduites d'un peu d'onguent de blanc de baleine.

Voici maintenant le résultat des dix-huit expériences que M. Bigger a faites en dernier lieu; 10 fois l'iris fut blessé, 11 fois

le cristallin s'échappa ; 17 fois la réunion s'opéra entre la cornée transportée et les surfaces ou elle avait été appliquée. 28 heures suffirent pour obtenir ce résultat et permettre de retirer les ligatures ; 4 fois on employa 4 ligatures, 14 fois on n'en mit que deux, et cela avec un égal succès. 12 fois il y eut adhérences de l'iris à l'un des points de la cicatrice ; dans l'un des cas où pour juger de la longueur du temps pendant lequel la cornée pourrait conserver sa vitalité, on l'avait laissée une demi-heure sans l'appliquer ; cet organe se ramollit et l'œil fut détruit. Sur les 18 animaux opérés, 16 recouvrèrent la vision, imparfaitement à la vérité.

Il est extrêmement difficile de conserver la transparence de la nouvelle cornée ; ce ne fut qu'après nombre d'essais infructueux que le docteur Bigger fut amené à reconnaître les bons effets du dento-chlorure de mercure en applications locales. Une faible dissolution de ce sel est graduellement portée à trois grains par once d'eau distillée, et instillée 3 ou 4 fois par jour dans l'œil, mais seulement alors que l'adhésion de la cornée est complète. Les membres du collège des médecins du roi et de la reine ont pu juger des heureux résultats de cette méthode dans leur séance du 18 mai dernier. Le docteur Bigger y fit voir le premier et le dernier sujet de ces expériences, deux lapins, l'un opéré depuis neuf mois et dont la cure avait été abandonnée aux seuls efforts de la nature, l'autre opéré depuis dix jours seulement et traité avec le sublimé corrosif. L'œil de ce dernier paraissait jouir d'une vision parfaite et distincte, rien n'indiquait la présence d'une cornée transplantée si ce n'est une ligne peu saillante dans la direction de la cicatrice et un peu de conicité de l'organe, (on avait détruit l'œil du côté opposé). Chez l'autre animal, au contraire, la vision était beaucoup moins parfaite, tant par l'opacité de la cornée que par des altérations de l'iris et des parties profondes de l'œil. Dans ce cas, la cicatrice était large, épaisse et triangulaire.

Le docteur Bigger pense que chez l'homme, la docilité des malades rendrait l'opération plus facile. La cornée du porc est celle dont la structure paraît le plus se rapprocher de celle de l'homme quoique plus épaisse et plus grossière. Il se demande aussi si des amaurotiques reconnus incurables ne pouraient pas céder leur cornée, qu'on remplacerait par celle d'un animal. Mais jamais des essais de ce genre ne seront faits tant que l'un des deux yeux pourra encore servir à quelque chose. Les cas de cécité où l'on pourrait remplacer la cornée malade par une cornée saine, et qui paraissent le plus favorables à cette opération, sont ceux qui résultent de la petite vérole, d'ulcères de la cornée et d'ophthalmies superficielles. Le docteur Bigger appelle sur ce sujet l'attention des chi-

rurgiens d'hopital.(*Dublin*, *Journal of the méd. sciences. July*, 1837).

SARCOCÈLE COMPLIQUÉ D'HYDROCÈLE ET DE HERNIE INGUINALE.—Henri B. cordonnier, âgé de 35 ans, avait toujours joui d'une bonne santé, malgré les fréquents excès de boisson auxquels il se livrait; quelques coutusions avaient été les seuls résultats des nombreuses rixes dans lesquelles de violents coups lui avaient souvent été portés sur l'abdomen, les parties génitales, etc. Il y a deux ans, B. s'aperçut un jour que son scrotum gauche augmentait de volume et qu'une tumeur se développait dans l'aine correspondante, mais il ne prêta aucune attention à ces symptômes et ne consulta le docteur Leonhard que lorsque le volume et le poids des parties furent devenns insupportables. A cette époque une tumeur ovale, de la grosseur d'nne tête d'homme, occupait le scrotum gauche et s'étendait jusqu'au tiers inférieur de la cuisse; elle augmentait sensiblement lorsque le malade toussait ou exécutait de grands mouvements; elle était très-dure et n'offrait aucune transparence. La peau était mobile, lisse, tendue, d'un rouge foncé, élastique, elle ne conservait pas l'empreinte du doigt. La pression ne déterminait aucune douleur. Les recherches les plus attentives ne pouvaient faire constater la présence du testicule. La région inguinale était également occupée par une tumeur oblongue, légèrement fluctuante, qui ne permettait pas de sentir le cordon spermatique. Le testicule et son cordon étaient parfaitement sains du côté droit.

Le malade n'éprouvait aucune douleur, mais la gêne que lui occasionnait cette énorme masse lui faisait désirer une opération qui fut pratiquée de la manière suivante.

Une incision verticale fut dirigée depuis l'anneau inguinal jusqu'à l'extrémité de la tumeur, et aussitôt que la tunique vaginale eut été divisée, il s'écoula une assez grande quantité de sérosité trouble; on apperçut alors une masse dure, blanchâtre, indoleute, évidemment formée par une dégénérescence du testicule. L'opérateur se mit en devoir de l'isoler, mais il fut arrêté par de nombreuses adhérences, et vers l'angle supérieur de sa première incision, il découvrit une anse intestinale également unie en plusieurs points aux parties environnantes; le docteur Leonhard la disséqua avec soin, incisa avec le bistouri de Pott le pilier interne de l'anneau, et réduisit l'intestin hernié; il s'écoula immédiatement du canal inguinal une nouvelle quantité de sérosité roussâtre. Le cordon spermatique fut alors lié en masse, et le sarcocèle fut emporté avec plusieurs lambeaux de la tunique séreuse.

L'opération avait duré une demi-heure; la plaie fut pansée comme à l'ordinaire, et au bout de six semaines elle était entièrement cicatrisée. (*Rust's magasin*. N° 49, 1837).

« Cette observation, dont nous ne rapportons ici que les faits principaux, ajoute un nouveau cas fort remarquable à ceux que M. Nivet a consignés dans son Mémoire (*Archiv. gén.*, mai 1837). Certes le diagnostic offrait ici de grandes difficultés, l'absence de toute transparence, l'impossibilité de constater la présence du testicule étaient-elles suffisantes pour faire croire à un sarcocèle? Comment ensuite reconnaître la hernie qu'aucun signe ne décélait? Nous avons vu il y a peu de jours un cancer du cordon spermatique, qui avait donné lieu à tous les symptômes d'une hernie étranglée, et qu'un de nos plus habiles chirurgiens ne put reconnaître qu'après que les téguments eussent été incisés.

Obstétrique.

Accouchements (*relevé statistique sur les*). — Le docteur Busch, professeur d'accouchements à l'université de Frédéric-Guillaume, à Berlin, vient de publier une statistique que nous allons reproduire : elle comprend tous les faits observés depuis le 1er octobre 1829 jusqu'au 31 décembre 1835.

Dans cet espace de temps ont eu lieu 2056 naissances, sur lesquelles 2035 ont été simples et 21 doubles, de sorte que le nombre des enfants a été de 2077.

Sur les 2056 mères, 992 étaient primipares, 1064 avaient déjà eu un ou plusieurs enfants. 2054 accouchèrent en vie, 2 ne furent délivrées qu'après leur mort, 2016 sortirent bien portantes de l'établissement, 30 y moururent des suites de l'accouchement. La plus jeune mère avait 16 ans, la plus âgée 45 ans. *Sur les* 2077 *enfants*, on comptait 1061 garçons et 1000 filles : sur 16 le sexe ne fut pas constaté. 2045 sont venus à terme, 32 avant terme. 1945 naquirent en vie, 132 morts, 92 moururent dans les trois premières semaines. 1911 se présentèrent par le sommet de la tête, 23 par la face, 28 par les pieds, 2 par les genoux, 47 par les fesses, 54 dans des positions entièrement anormales ; 12 fois, dans les fausses couches, la position ne fut pas constatée.

Quant aux accouchements, 1711 se firent naturellement; 178 fois on employa le forceps, 4 fois on rétablit la position naturelle par des manipulations extérieures, 57 fois on fit la version des pieds; 4 fois celle des fesses, 5 fois on fut obligé de pratiquer l'accouchement forcé, 3 fois il fallut provoquer l'accouchement prématuré; on pratiqua la perforation 6 fois, l'embryotomie 2 fois, et l'opération césarienne 3 fois, dont 1 fois la mère étant en vie.

Les maladies survenues pendant la grossesse ont été les suivantes : hypochondrie 2, épilepsie 2, convulsions 2, fièvre intermittente 4, hydropisie 1, œdème des pieds 10, hémoptysie, panaris,

hernies, rhumatisme, rhumatisme de l'utérus, persistance de la menstruation, métrrorrhagie, retroversions de l'utérus, intumescence du col utérin, choléra 1 fois seulement. (*ibid.*)

Pharmacologie-Toxicologie.

Empoisonnement par la strychnine.— Un jeune homme de 17 ans résolut de mettre fin à ses jours et avala à cet effet deux scrupules de strychnine. Le docteur Blumhardt le vit un quart d'heure après l'ingestion du poison et constata l'état suivant :

Décubitus dorsal, raideur prononcée du corps, opisthotonos de la tête, les extrémités supérieures peuvent seules exécuter encore quelques mouvements; la face est pâle, contractée, le pouls petit et fréquent : le malade qui conserve toute sa connaissance essaie constamment à se coucher sur le côté droit. Quatre grains d'émétique immédiatement administrés ne déterminèrent qu'un très-léger vomissement. Bientôt les membres inférieurs devinrent le siège d'un trismus continuel, les muscles de la poitrine se convulsèrent, la respiration devint gênée et interrompue. De nouvelles doses d'émétique restèrent sans résultat. Cependant les secousses tétaniques devenaient de plus en plus fréquentes, bientôt elles prirent une violence extrême, les membres se contractèrent, la respiration et les battements du cœur se supprimèrent, et la mort paraissait imminente. Au bout de quelques minutes, les symptômes se calmèrent à la grande surprise des anssistants ; les membres se relâchèrent, la respiration, la circulation, redevinrent normales, le malade recouvra la connaisance et la parole. On profita de cette rémission pour administrer de nouveau de l'émétique ; on injecta, au moyen d'une sonde poussée par les fosses nasales, de l'eau dans l'estomac ; mais une seconde attaque, bientôt suivie d'une troisième arrêtèrent ces tentatives. Le malade ne pouvait plus parler, la peau était d'un violet foncé.

Pendant une nouvelle rémission on eut recours à la pompe stomacale de Weis ; une quatrième attaque convulsive vint interrompre l'opération. On ouvrit alors la veine, il s'en écoula une petite quantité de sang noir et épais, et en appuyant sur le vaisseau on apperçut des bulles de gaz de différentes grandeurs, depuis le volume d'un pois jusqu'à celui d'une petite cerise. Le malade succomba, juste une demi-heure après qu'il eut avalé le poison.

L'autopsie fut faite vingt heures après la mort. Malgré une chaleur extrême, le corps n'offre aucune trace de décomposition ; la rigidité cadavérique est extrême, et cependant les muscles

sont mous, d'une couleur rouge-brun; ils offrent l'aspect de la viande fumée : la peau est violette.

La bouche et l'œsophage ne sont pas enflammés; l'estomac rempli de matières alimentaires, n'est nullement altéré ; tous les organes sont sains, mais ils paraissent comme privés de sang. Le rachis ayant été ouvert, il s'écoula aussitôt *deux livres* de sang qui teignait fortement les mains en violet. Les plexus veineux et la pie mère sont gorgés de sang. La moelle est très-consistante : le cerveau et ses membranes n'offrent rien de particulier qu'une forte injection veineuse.

Académie royale de médecine.

Séance du 22 août. — La correspondance comprend une lettre de M. Berna, qui proteste contre le rapport de M. Dubois (d'Amiens), et en annonce une prochaine réfutation.

Prix de l'Académie pour 1839. — M. Honoré, au nom de la commission chargée de rédiger une question pour le prix à décerner en 1839, propose la suivante : « Déterminer principalement par des nécropsies et par des expériences sur les animaux vivants, si la phthisie a été quelquefois guérie spontanément. En cas d'affirmative, assigner les conditions probables où la guérison s'est operée. Rechercher jusqu'à point l'art pourrait faire naître des conditions analogues pour s'élever au même résultat. »—Cette question n'est adoptée qu'après avoir traversé une discussion assez animée et subi, de plus, une modification importante. La suffisance du temps accordée pour la résoudre est d'abord contestée; ainsi, suivant M. Rochoux. il ne faut pas moins de 20 ans pour y répondre. D'autre part, M. Hipp. Cloquet ne pense pas que, si l'on examine des poumons long-temps après leur guérison, il soit possible de décider s'il y a eu plutôt tubercule qu'hydatides, etc.— M. Honoré fait valoir pour justifier le choix de la commission, que depuis que la véritable nature anatomique de la phthisie est dévoilée, un arrêt fatal semble enchaîner la thérapeutique, et cependant des faits irrécusables ne permettent pas de douter de la curabilité des tubercules. Restent à connaître les conditions de cette curabilité, et c'est cette recherche que la commission a voulu provoquer. — M. Double repousse l'objection de M. Rochoux, en lui demandant s'il est beaucoup de questions de médecine pratique, dont la solution complète puisse être espérée en 20 ans. Est-ce un motif pour ne pas s'en occuper? Après quelques réflexions de M. Piorry pour appuyer la commission, M. Breschet demande que la rédac

tion de la question soit au moins modifiée de manière à ce que les termes ne la restreignent plus exclusivement dans les cas de guérison spontanée de la phthisie. MM. Moreau et Delens parlent dans le même sens. Le mot *spontanée* sera rayé. La question embrasse donc désormais tous les cas de guérison, qu'ils soient dus à la nature ou à l'art.

MAGNÉTISME ANIMAL. — M. Husson lit un long discours dans lequel, s'attachant exclusivement à M. Dubois, il poursuit l'examen de son rapport dans tous les points et combat jusqu'à sa dernière conclusion. M. Husson repousse d'abord le titre de *rapport sur le magnétisme*, que M. Dubois a donné à son travail. C'est, dit-il, une véritable déception; car M. Dubois n'avait en réalité à s'occuper que des faits que les expériences de M. Berna ont mis sous les yeux de la commission, faits qui sont loin de rassembler tout ce que comprend la question générale du magnétisme. C'est encore une déception non moins manifeste que l'histoire *prétendue* académique du magnétisme, depuis 1784, jusqu'à nos jours, qu'a donnée M. Dubois. Jamais Mesmer, en effet, n'a obtenu, des *académies*, une commission déléguée par elles pour vérifier sa découverte. Il a fallu l'injonction formelle du *Roi*, pour que ces *académies* cédassent alors quelques uns de leurs membres pour assister aux expérience magnétiques. Leur mandat ne venait donc pas des académies. D'autre part, pourquoi M. Dubois oublie-t-il les travaux de la commission de 1826, commission vraiment académique et dont les consciencieuses et pénibles investigations méritaient bien une attention égale à celle qu'il accorde à l'observation superficielle et prévenue des commissaires de 1784. M. Husson ne voit ensuite dans la commission de 1837 que des membres opposants ou indifférents et les opposants en majorité évidente : quant aux faits qui sont l'objet du rapport, ils sont tous négatifs. Que peut donc demander la commission à l'académie? faut-il qu'elle déclare en masse qu'en effet cette commission n'a rien vu? Enfin M. Husson s'élève fortement contre le style du rapport de M. Dubois. La question était grave; dès que l'académie s'en occupait, elle devait être traitée gravement.—M. Dubois (d'Amiens) réplique à M. Husson. Il n'accepte point une argumentation qui l'isole des autres membres de la commission. Si M. Husson s'est montré si hostile, c'est sans doute, qu'il se souvient toujours d'un ancien article de Journal (*Revue médic.* 1832) que lui, M. Dubois, a pour son compte oublié. M. Husson se plaint surtout de ce que le travail de la commission de 1836 a été traité avec trop légèreté, mais il y a eu

unanimité parmi les commissaires de 1837 pour s'interdire la liberté d'en parler davantage.

Séance annuelle du 29 *août*. — Nous n'avons rien à dire des *Considérations sur le suicide* lues par M. Roche, et dont l'auteur a voulu rester inconnu, si ce n'est que c'est un morceau plus littéraire que médical. L'éloge de Scarpa prononcé par M. Pariset, comme tous les discours de l'honorable panégyriste, a fait ressortir l'intelligence de l'orateur et toute la souplesse d'esprit qui le distingue; c'est du reste une œuvre dont l'analyse est impossible, tant elle emprunte de valeur à l'*expression* plus qu'au fonds même des pensées.

Prix décerné. — La question pour cette année était : « Faire connaître les analogies et les différences qui excitent entre le typhus et la fièvre typhoïde. » Sept mémoires avaient été envoyés ; aucun n'a mérité le prix, mais la commission en a distingué deux qui lui ont paru dignes de récompense, et qui sont dus, l'un à M. Gaultier de Claubry, l'autre à M. Montault. L'académie à titre d'encouragement décerne à M. Gaultier de Claubry une médaille de 1000 francs, et une de 500 à M. Montault.

Prix proposés pour 1839. Prix de l'académie. — Voici sa rédaction definitive.

« 1° Déterminer, particulièrement par des nécropsies, si la phthisie tuberculeuse a été quelquefois guérie.

» 2° En cas d'affirmative, assigner les conditions probables à la faveur desquelles la guérison s'est opérée.

» 3° Rechercher jusqu'à quel point l'art pourrait dans certaines circonstances, faire naître des conditions analogues pour s'élever aux mêmes résultats. »

Le prix est de 1500 francs.

Prix fondé par Portal. — « Décrire les différentes espèces de ramollissement des centres nerveux (cerveau, cervelet, et moelle épinière) ; en exposer les causes, les signes et le traitement, »

Ce prix est de 600 francs.

Prix fondé par madame Bernard Civrieux. — « De l'influence de l'hérédité sur la production de la surexcitation nerveuse, sur les maladies qui en résultent et sur les moyens de les guérir. »

Ce prix est de 1500 francs.

N. B. Les mémoires envoyés au concours pour tous les prix, devront être remis au secrétariat de l'académie avant le 1er mars 1839.

Prix pour 1838. — L'académie croit devoir rappeler les sujets de prix proposés pour 1838.

1° Prix de l'académie. — « Faire l'histoire physiologique de la

menstruation, faire connaître l'influence que cette fonction exerce sur les maladies et celle qu'elle en reçoit. »

Ce prix est de 1000 francs.

2° Prix Portal. — « Faire l'histoire des découvertes relatives au système veineux depuis Morgagni jusqu'à nos jours et déterminer l'influence que ces découvertes ont exercée sur la connaissance et le traitement de ces maladies. »

Ce prix est de 600 francs.

3° Prix Civrieux. — « Déterminer l'influence de l'éducation physique et morale sur la production de la surexcitation nerveuse et des maladies qui sont un effet consécutif de cette surexcitation. »

Ce prix est de 1500 francs.

Les mémoires doivent être envoyés à l'académie avant le 1er mars 1838.

Séance du 5 septembre. Choléra de Marseille. — On lit deux lettres de M. Robert de Marseille, sur le choléra qui règne dans cette ville, et une lettre de M. Roux de Brignolle sur le même sujet. Dans sa première lettre du 24 août, M. Robert signale l'excessive intensité du mal qui n'épargne aucun âge, et foudroie pour ainsi dire les sujets qu'il atteint. Point de réaction, la période algide étant toujours meurtrière; ce qui distingue cette invasion des deux précédentes. Dans sa seconde lettre du 30 août, M. Robert cite trois faits qu'il recommande à l'attention de l'Académie. 1° le pourtour d'un cautère s'est subitement gangréné chez une femme âgée, 24 heures avant l'invasion d'un choléra mortel. 2° Une autre femme asthmatique a ressenti tout à coup une crampe et une douleur atroce depuis le genou jusqu'au pied, sans aucun prélude cholérique. Bientôt les parties endolories ont rougi, se sont tuméfiées, et la gangrène n'a pas tardé à s'en emparer. 3° Un enfant âgé de 24 heures seulement mis au sein d'une nourrice jeune, fraîche et bien portante, a été pris de vomissements, de diarrhée, de cyanose et en quelques heures il est mort. A 10 heures de la même journée, la nourrice a été atteinte du choléra et est morte dans la soirée.

La lettre de M. Roux de Brignolle, mentionne les bons résultats obtenus pour calmer les vomissements, de l'administration du sous-nitrate de bismuth à la dose de 6 grains toutes les deux heures. Les enfants ont fourni à Marseille, le tiers des décès, les femmes viennent ensuite, puis les vieillards.

Magnétisme animal. — M. Marc prie l'académie de passer à l'ordre du jour sur la discussion du rapport de M. Dubois (d'Amiens). car il est évident qu'elle ne peut avoir aucun résultat. M. Dubois

réclame au contraire avec instance cette discussion. Il entend du reste qu'elle doit exclusivement avoir trait aux faits de son rapport. Une assez grande agitation résulte de la controverse qui s'établit pour et contre la proposition de M. Marc. M. Burdin monte à la tribune et pense que la motion qu'il va faire déterminera l'adoption de l'ordre du jour. La transposition des sens étant le fait magnétique le plus décisif, il propose un prix de 3000 francs à la personne qui pourra lire sans le secours des yeux et sans lumière, bien entendu que ce sera aussi sans le secours du toucher. Les expériences devront être constatées par six commissaires, dont trois de l'académie et trois de l'institut. Il s'engage à déposer la somme chez un notaire.

Après diverses observations de MM. Adelon, Gerdy, Breschet, l'académie décide qu'il n'y aura pas de discussion sur le rapport de M. Dubois (d'Amiens). Les conclusions mises aux voix sont d'ailleurs adoptées à une grande majorité.

Extirpation d'une tumeur cancéreuse de l'aisselle—M. Amussat présente à l'académie une tumeur cancéreuse qu'il a extirpé le matin chez une femme de 42 ans. et qui par son volume et sa situation dans l'aisselle présentait de nombreuses difficultés à l'opération, par crainte d'hémorrhagies et surtout de la pénétration de l'air dans les veines. C'est ce dernier danger qui a particulièrement fixé l'attention de M. Amussat. Pour s'en mettre à l'abri, M. Amussat a fait exercer une forte compression au-dessus de la clavicule, sur les vaisseaux ainsi que sur les veines qui de la tumeur se rendent dans la veine sous-clavière. De plus, arrivé par la dissection à la partie supérieure du creux de l'aisselle, M. Amussat chargea spécialement un aide de comprimer les vaisseaux axillaires. L'opération a été faite sans autre accident qu'une syncope qui a été la conséquence du transport trop prompt de la malade dans un autre lit. M. Amussat se fondant sur les expériences qu'il a faites sur l'introduction de l'air dans les veines, regarde les précautions qu'il a prises de faire comprimer les veines entre la plaie et le cœur pendant toute la durée de l'opération, comme indispensables pour mettre à l'abri de cet accident si redoutable dans *cette région dangereuse*, ainsi que le démontrent toutes les observations connues, celles de Dupuytren et les six autres cas semblables publiés par MM. Castara, Roux, Clémot, Warren et Goulard. Pour les personnes qui doutent encore de l'accident dont il s'agit, M. Amussat croit devoir rappeler la différence qui existe entre la syncope ordinaire et celle produite par l'introduction de l'air dans le cœur. Dans la syncope ordinaire, si le malade se sent

défaillir, c'est lentement et en quelque sorte doucement. La syncope déterminée par l'air dans le cœur, est brusque, et c'est un cri de détresse qui l'annonce. M. Amussat ne se départira jamais de la règle de conduite qu'il a tenue, dans les circonstances semblables.

Séance du 12 septembre. Choléra de Marseille.— M. Robert de Marseille écrit une lettre nouvelle datée du 7 septembre. Le 29 août, le chiffre de la mortalité due au choléra avait diminué sensiblement. Mais dans la nuit un orage violent a eu lieu et le 30 et 31 le nombre des morts s'est accrue considérablement. La nuit du 1er septembre a été non moins désastreuse par suite d'un orage plus violent encore. Déjà en 1835 ce fut 4 jours d'orages consécutifs, qui préludèrent aux journées meurtrières de juillet ou 1500 habitants de Marseille furent enlevés par l'épidémie.

Amputation de mamelle cancéreuse ; *réunion immédiate par la suture.* — M. Taillefer de Honfleur fait part à l'académie d'un cas remarquable de réunion immédiate après amputation d'un sein cancéreux chez une femme de 36 ans. La tumeur avait le volume de la tête d'un fœtus. Deux vaisseaux ont été liés. Les bords de la plaie ont été rapprochés et maintenus en contact par sept points de suture. Le 6e jour, la plaie était complètement réunie. Dès le surlendemain les points de suture ont été enlevés. Deux jours après la cicatrisation était achevée. La tumeur enlevée pesait une livre et demi-once.

Empoisonnement causé par l'introduction d'un croc de serpent *dans l'estomac d'un enfant.* — M. le docteur Rufz écrit de la Martinique qu'il a été appelé pour donner ses soins à un enfant âgé de 3 ans qui venait d'être saisi subitement de mouvements convulsifs, et qui mourut bientôt dans une attaque de tétanos violent. L'autopsie a découvert un corps étranger implanté dans la valvule du pylore. Une escarre d'un gris ardoisé, presque circulaire, de 21 millimètres environ dans sa plus grande largeur, lui formait une sorte d'auréole. Ce corps étranger, qui était enveloppé dans une pellicule dont on n'a pu déterminer la nature a été reconnu pour un crochet de la vipère fer de lance (*coluber trigonocéphalus*). M. Rufz fait remarquer que généralement la morsure de cette vipère chez l'adulte n'est pas mortelle en Amérique.

Sur les pestiférés morts au lazaret de Marseille. — M. le docteur Robert, médecin du Lazaret, a adressé à l'académie, des détails concernant les cas de peste qui se sont présentés dans le courant du mois dernier sur des hommes de l'équipage du bateau à vapeur le *Léonidas*. Le récit de M. Robert ne se trouvant pas en accord avec celui publié par l'intendance sanitaire, dans sa circulaire du 17 août, M. Chervin croit devoir signaler cette dissi-

dence à l'académie. Ainsi, loin que les trois hommes qui sont morts soient tous trois morts au Lazaret, il est dit dans le rapport de l'intendance que Louis Dambios l'un d'eux, a succombé à bord du *Léonidas*. D'autre part l'intendance ne fait nulle mention de bubons, de charbons et des pétéchies, et l'autopsie du cadavre n'a montré *qu'une violente inflammation des intestins et du cerveau*. Comment se fait-il que M. Robert, ayant reconnu chez Dambios tous les signes du typhus, on ait laissé cet homme mourir au milieu de l'équipage ? cela se concilie peu avec les idées de contagion.

M. Robert exprime aussi son étonnement que les médecins non contagionistes n'aient pas saisi cette occasion pour faire les expériences qui doivent appuyer leurs opinions. M. Chervin répond que pour son compte il regrette beaucoup que la circulaire de l'intendance sanitaire soit venue si vite lui apprendre la mort des malades, et la destruction de tous leurs effets par la flamme, car il voulait se rendre à Marseille, non seulement pour revêtir les habits des pestifiérés, mais encore pour partager leur lit, et s'inoculer leurs différents fluides, tels que le sang, le pus, la sanie, etc.

Prix Burdin. — M. le président annonce que le conseil d'administration a pris en considération la proposition de M. Burdin concernant le prix de 3000 francs offert à la personne magnétisée qui pourra lire sans le secours des yeux. Le conseil admet aussi le concours dans les termes établis par M. Burdin.

Section des tendons des muscles biceps, demi tendineux et demi membraneux. — M. Londe fait part à l'académie d'une opération que M. Duval vient de faire d'après son procédé pour la section du tendon d'Achille, mais sur les tendons des muscles biceps, demi-tendineux et demi-membraneux, dans le but de guérir une demi-ankylose du genou avec flexion forcée de la jambe. Aprés la division des tendons, la jambe a pu être considérablement allongée.

Ligature de l'Iliaque primitive. — M. Velpeau transmet verbalement que M. Salomon, professeur de clinique à Saint Pétersbourg, vient de lier avec succès l'iliaque primitive. Le malade est un cocher de 40 ans. M. Salomon sera invité à donner à l'académie tous les détails de cette opération.

Autopsie du corps de M. Murat, *chirurgien de l'hospice de la Salpetrière*, par *M. Campaignac*. — La mort est due à un ramollissement diffluent du cerveau, de l'étendue d'un œuf de pigeon, à la partie postérieure du cerveau. M. Murat avait été affecté de la maladie de Pott, et présentait toujours une gibbosité vers les dernieres vertèbres dorsales. Voici dans quel état se sont trouvées les

parties : Les 4 dernières vertèbres dorsales et la première lombaire étaient déformées et enveloppées par un tissu fibreux solide, plissé transversalement. En incisant ce tissu à la partie antérieure gauche de la première vertèbre lombaire, on découvrit une sorte de foyer à parois cartilagineuses, haut de 6 lignes environ et large de 15 à 18, humecté par un liquide noirâtre. En arrière, le corps de la vertèbre, dur et noir aussi, offrait deux cavités ; la plus grande capable de loger une noisette, contenant des parcelles osseuses flottantes, etc. La notice de M. Campaignac est renvoyée au comité de publication.

INTRODUCTION DE L'AIR DANS LES VEINES. — M. Amussat demande à lire les conclusions d'un mémoire étendu qu'il a fait sur l'introduction de l'air dans les veines, d'après 33 expériences sur les animaux vivants. Mais une commission a été nommée au sein de l'académie pour suivre ces expériences, et la demande de M. Amussat soulève une vive opposition de la part de ses membres qui présentent comme inconvenant que la communication particulière ait lieu avant le rapport général. M. Amussat fait observer que son travail est tout personnel et n'empêchera pas le rapport de la commission. Malgré l'appui de MM. Chervin, Louis et Renauldin, la lecture de M. Amussat n'a pas lieu.

Séance du 19 *Septembre*. PRIX BURDIN. — L'Académie ayant accepté la proposition de M. Burdin, procède à la nomination des membres de la Commission chargés de diriger les expériences à ce sujet. Le choix tombe sur MM. Double, Dubois d'Amiens, Husson Moreau, Girardin, Louis et Chomel.

INTRODUCTION DE L'AIR DANS LES VEINES. — La discussion se rouvre sur la demande qu'a faite M. Amussat de lire le mémoire qu'il a composé, avant le rapport de la commission nommée au sujet de ces expériences. M. Amussat récuse les membres de cette Commission en qualité de juges. Il n'a demandé, dit-il, que des témoins. Membre de l'Aadémie, il ne peut reconnaitre la suprématie de ses pairs pour le juger. Il le répète, son travail est tout à fait personnel et n'a rien de commun avec celui que la Commission peut faire de son côté. Ce sont ses propres idées qu'il prétend exp ser, la commission pourra exposer les siennes : son but unique est de fournir des aliments à la discussion, et autant de lumières que possible pour l'éclairer. — MM. Blandin et Gerdy s'attachent à faire ressortir que l'intérêt de la discussion et de la science exige par conséquent exige que la Commission lise son rapport avant tout. Cette argumentation fortement appuyée, on vote sur la priorité du rapport de la Commission. — Adopté.

Rupia proeminens. — M. Bédor, médecin à Troye présente un dessin représentant un cas remarquable de maladie de la peau. Ce sont des pustules croûteuses qui pendant 8 ans ont occupé la pres que totalité des téguments externes, et qui d'abord développées aux jambes ont progressivement envahi les cuisses et le tronc. — Le malade a contracté la gale dans cet intervalle, et en a été guéri.— M. Bedor, après avoir fait tomber les croûtes à l'aide de topiques émollients, a eu recours avec succès à une médication antiscrofuleuse.

M. Gerdy lit ensuite un fragment de sa Physiologie inédite. Ce fragment a trait aux *sensations en général.*

Sonde tombée dans la vessie.— M. Ségalas présente un morceau de sonde et une boite contenant des fragments de calculs. Ces divers corps étrangers ont été extraits de la vessie d'un homme âgé de 62 ans.—Cette homme, affecté de rétrécissement de l'urètre et de rétention d'urine, avait imaginé d'introduire dans sa vessie une sonde composée de deux parties. L'une plus petite était formée par une portion de sonde assez mince introduite dans un autre plus ample. Un fil de soie et de la cire à cacheter devaient retenir les deux compartiments de l'instrument. La portion la plus mince était destinée à franchir l'obstacle du rétrécissement et à pénétrer dans la vessie. L'appareil réussit dans les premiers essais. Mais il arriva que les pièces se dérangèrent et la petite sonde resta dans la vessie. Ce malade se présenta à M. Segalas ; celui-ci découvrit d'abord par le cathétérisme un calcul dont le malade ne s'était jamais aperçu : en quelques séances de lithotripsie, le calcul fut broyé et expulsé de la vessie. Restait le morceau de sonde à extraire. Les recherches pour le saisir et même pour le sentir furent vaines. M. Segalas imagina alors de faire pénétrer dans la vessie de l'eau et de l'air à la fois. Le morceau de sonde surnagea et dès lors il est devenu on ne peut plus facile à reconnaitre, et à l'aide du percuteur lithontriptique de son invention, M. Ségalas est parvenu après l'avoir écrasé à le retirer en entier par le canal de l'urètre. Ce morceau de sonde est incrusté de cristallisations urinaires ; pour traverser l'urètre il dû se plier en deux.

BIBLIOGRAPHIE.

Dictionnaire de médecine, ou répertoire des sciences médicales. 2me édition. Tome 15. (Han-Hyd). Paris 1837, chez Béchet jeune.

La chirurgie occupe une place considérable dans ce volume.

L'article HANCHE se présente d'abord, et ce n'est pas le moins important du livre. L'anatomie de la hanche a été tracée par Béclard; elle se réduit à une description succincte, mais complète de l'articulation coxo-fémorale. M. A. Bérard a décrit les maladies de cette région; après avoir dit quelques mots des plaies, des contusions, de l'hydropisie et des abcès de la hanche, il a traité, dans un article bien pensé et bien rédigé, de cette maladie complexe qui a été désignée sous des noms très nombreux et très divers, et pour laquelle il adopte le nom de *coxalgie*, parce qu'il n'apporte pas avec lui, comme les noms de *luxation consécutive* et de *luxation spontanée*, l'idée d'un déplacement de la tête du fémur, qui n'existe pas dans tous les cas. L'auteur a décrit avec soin les symptômes de cette affection, mais c'est surtout sur les caractères anatomiques qu'il s'est étendu avec détails. Ce sujet a donné matière à une discussion intéressante, dans laquelle M. A. Bérard a pesé les opinions de plusieurs auteurs tels que J. L. Petit, Boyer, Rust, Dzondi, Fricke, etc. Le diagnostic, la marche de la maladie, ses causes et son traitement, sont l'objet d'autant de chapitres, dont le dernier surtout paraît être le résultat de recherches nombreuses.

C'est M. Laugier qui a fait l'histoire des luxations accidentelles de la hanche. L'auteur préfère à toutes les autres dénominations, pour les cinq espèces de luxations de la cuisse, celles qui ont été récemment proposées par M. le professeur Gerdy, et qui ont l'avantage de la précision et de la clarté. Après avoir décrit chacune des cinq luxations de la cuisse, M. Laugier se livre à une discussion sur la question de savoir s'il existe des luxations incomplètes de la cuisse; il pense que ces luxations incomplètes de l'articulation coxo-fémorale ne sont établies par aucun fait, et qu'elles sont tout-à-fait incompréhensibles. A l'occasion de la réduction des luxations de la cuisse, l'auteur insiste, avec grande raison, sur l'utilité de fléchir, dans le moment de la réduction, la cuisse sur le bassin, et la jambe sur la cuisse, position qui relâche autant que possible les muscles dont l'articulation est environnée. M. Laugier paraît avoir bien apprécié les doctrines de Sir Astley Cooper, qu'il semble avoir lues et méditées avec toute l'attention qu'elles méritent. Son article, qui offre des traces nombreuses d'une érudition choisie, est surtout remarquable par une qualité tout-à-fait de circonstance dans cette publication, c'est d'avoir été évidemment écrit par un praticien éclairé.

Dans le tome V de ce Dictionnaire, on a donné l'histoire de la *luxation congénitale du fémur*, que l'on considérait comme tout-à-fait incurable. M. A. Bérard a fait connaître dans ce volume-ci, les résultats des recherches de MM. Humbert et Pravaz sur ce sujet. Le même auteur a complété l'article *Hanche* par la description des opérations qui se pratiquent dans cette région. Son travail est un résumé clair et bien présenté, où l'on trouvera une exposition complète des diverses méthodes proposées pour opérer l'amputation de la cuisse dans l'articulation de la hanche, ainsi que le procédé opératoire pour la résection de la même articulation.

Mais ce long et important article n'est en quelque sorte que le

prélude d'un grand nombre d'articles chirurgicaux tels que Hématocèle, par M. le professeur J. Cloquet ; Hémorrhoïdes par MM. Raige-Delorme et Ph. Bérard ; Hémostatique, par M. A. Bérard; Hernie, par M. Laugier ; Hydarthrose, par M. J. Cloquet ; Hydrocèle par M. le professsseur Velpeau, etc. etc.

Dans l'article Hémorrhoïdes, on a donné une description très-complète des caractères anatomiques des tumeurs hémorrhoïdaires : C'était en effet un des points qu'il importait le plus d'éclairer. puisque c'est seulement à l'aide du scalpel que l'on peut parvenir à bien connaître la nature véritable de ces tumeurs et à indiquer le mode de traitement qui leur convient le mieux, aux différentes périodes de leur existence. L'énumération des causes des hémorrhoïdes a été faite avec soin, et la valeur de chacune d'elles a été discutée avec une réserve convenable. Le chapitre du traitement renferme de nombreux détails. On a prévu presque tous les cas qui se peuvent se présenter dans la pratique, et l'on a tracé de la manière la plus complète, la conduite que doit tenir le chirurgien dans chacun de ces cas particuliers.

L'article Hernie, de M. Laugier, suivi d'une longue notice historique et d'une bibliographie très-riche par M. Raige-Delorme, constitue un des meilleurs écrits qui aient été publiés depuis longtemps sur ce point de chirurgie. Après avoir défini ce qu'on entend par *hernie*, et s'être livré à quelques considérations générales sur cette maladie, l'auteur donne un aperçu statistique de la fréquence relative des hernies. Ensuite, il en étudie les causes, et en établit les diverses espèces. Viennent ensuite des notions étendues et précises sur les enveloppes des hernies, sujet de l. plus haute importance, que Sir A. Cooper a traité admirablement et que M. Laugier a développé avec beaucoup de talent et d'exactitude. Les signes des hernies et leurs accidents propres, tels que *les corps étrangers, l'engouement, l'étranglement*, etc., sont l'objet des considérations les plus intéressantes. Près de la moitié de ce long article est consacrée au *traitement des hernies*, sujet complexe qui comporte des détails nombreux sur le taxis, sur les bandages, sur les topiques médicamenteux, et sur les divers procédés opératoires anciens et nouveaux, qui ont pour objet, soit la réduction de la hernie, soit la cure radicale. Cet article fait le plus grand honneur à M. Laugier. Nous reprocherons cependant à cet auteur d'avoir traité trop succintement certains points de la doctrine des hernies. M. Laugier peut du reste s'excuser par les développements qui sont donnés dans les articles consacrés à chacune des espèces des hernies.

L'article Hydrocèle de M. le professeur Velpeau, se fait remarquer par des qualités semblables. Je me bornerai à signaler à l'attention des praticiens, les nouveltes idées de l'auteur sur le traitement de cette maladie, et dont l'exposition a été faite dans ce journal, accompagnée des faits sur lesquels elles s'appuient.

Parmi les articles de pathologie interne, nous signalerons d'abord l'article Hémorrhagie, de MM. Chomel et Reynaud, très remarquable. Nous ne pouvons pas en faire l'analyse,

Je m'arrêterai quelques instants sur un article un peu long, mais

extrêmement intéressant, de MM. Guersent et Blache, HYDROCÉPHALE AIGUE, sujet difficile, qui a été traité par ces auteurs d'une manière supérieure. La première difficulté qui se présentait, c'était de déterminer ce que l'on doit réellement entendre par ces mots *hydrocéphale aiguë*, et s'il existe réellement une maladie qui mérite ce nom. Les auteurs sont arrivés à une solution tout à fait satisfaisante, par le rapprochement, la comparaison et la saine appréciation des nombreuses opinions qui ont été émises sur ce sujet et des faits les plus authentiques que possède la science. Nous pensons, disent-ils, que le total des hydrocéphales essentielles aiguës sans lésion organique est extrêmement minime, et que les hydrocéphales essentielles du cerveau sont encore plus rares peut-être que les hydropisies essentielles des autres cavités séreuses; mais nous ne voyons pas non plus pourquoi les membranes séreuses de l'encéphale feraient exception à cet égard, et nous admettons l'hydrocéphale aiguë comme une maladie essentielle, mais comme maladie très-rare » Après avoir ainsi établi la réalité de cette affection, les auteurs s'efforcent de faire connaître les *caractères des hydrocéphales aiguës en général*, et terminent par la discussion de ce problème : Est-il possible, dans l'état actuel de nos connaissances, de distinguer les épanchements séreux essentiels du cerveau, des autres maladies aiguës de l'encéphale ? Toute la question pratique est là. Dans ces deux dernières parties de leur tâche, les auteurs ont montré la même justesse d'idées et la même sévérité de critique. La bibliographie de cet article est de M. Blache.

Il serait inutile de donner un extrait du long et savant article de M. Breschet sur l'HYDROCÉPHALE CHRONIQUE, qui est le résumé complet de tous les faits que la science possède sur ce sujet; cet article est presque entièrement reproduit d'après la première édition du *Dictionnaire*, et est suffisamment connu; de l'article HYDROPÉRICARDE de M. Reynaud, et de l'article spirituel de M. Guérard sur l'HOMÆOPATHIE; de l'article savant HERMAPHRODISME, par M. Mare; etc. etc.

M. A. Cazenave est auteur d'un article fort remarquable sur le mot HERPES.

Le volume important dont je rends compte en ce moment, renferme encore un grand nombre d'articles, tels que HELLEBORE, HOUBLON, HOUX ÉPINEUX, HYDRO-CHLORIQUE (acide), HYDROMÈTRE, HOPITAL; etc. etc.

Ce trop court aperçu peut donner une idée de la variété et de la masse des connaissances que peut donner cette utile et remarquaquable publication. Mais ce Dictionnaire a surtout une qualité qui en fait le caractère dominant, c'est de présenter l'état le plus avancé de la science; et l'on doit des éloges aux auteurs de cette grande œuvre, pour les efforts permanents auxquels on les voit se livrer, dans le but de se maintenir en tête du mouvement scientifique.

Le 16e Volume, que nous recevons pendant que nous composions cet article, contient des articles non moins intéressants, et sera le sujet d'une prochaine analyse. G. RICHELOT.

MÉMOIRES

ET

OBSERVATIONS.

OCTOBRE 1837.

Recherches physiologiques sur les sensations en général; par M. GERDY, ancien professeur de physiologie et professeur de pathologie chirurgicale à la Faculté de Médecine de Paris. (1)

Les sensations en général sont si variées et ont été si imparfaitement analysées que c'est un sujet presqu'entièrement neuf. Aussi mérite-t-il toute attention soit dans l'intérêt de la physiologie, soit dans celui de la pathologie. Par là nous pourrons distinguer une foule de sensations jusqu'ici confondues les unes avec les autres; nous pourrons mieux les connaître et éviter une confusion qui doit désormais disparaître de la science; nous pourrons plus tard, dans la suite de ce travail, déterminer d'une manière précise les différentes espèces de sensibilité propres à nos tissus.

A entendre les physiologistes, la sensation serait une impression reçue, transmise, perçue; et telle serait l'idée qu'on s'en fait. Je pense au contraire que l'on comprend généralement et ordinairement par sensation une excitation dont on a la conscience et que l'on rapporte à l'organe excité.

(1) La plus grande partie de ce travail a été lue le 19 septembre à l'Académie Royale de Médecine.

Disons pour en donner une formule abrégée, qu'aux yeux du monde et dans toutes les langues, *c'est une excitation perçue dans l'organe excité*, quoique la perception s'accomplisse dans le cerveau. Aussi l'homme le plus instruit, comme le plus ignorant, dit à tout moment: je l'ai senti, je l'ai touché du doigt; ma main est sensible, la peau est une partie très sensible. En disant la main sensible, n'est-ce pas dire : c'est la main qui sent, c'est dans la main que se passe la sensation? Dans la réalité, cependant, lorsque nous percevons une impression, lorsque nous nous brûlons les doigts, par exemple, il y a impression reçue par ces organes, transmission de cette sensation au cerveau par un nerf, enfin excitation sur le cerveau et perception ou concience de la sensation par le cerveau. Ne pourrait-on pas désigner ce phénomène complexe sous le nom d'*apperception sensoriale?*

Si l'on croit généralement, par ignorance, que dans les impressions perçues, il y a perception dans les parties sensibles, on n'applique donc sciemment le nom de sensation, ni dans le monde, ni dans aucune langue, à l'ensemble des phénomènes qui se succèdent dans la perception sensoriale, que les physiologistes seuls connaissent? Oui, sans doute, et c'est surtout à ce qui se passe dans l'organe excité que l'on donne le nom de sensation, car on ignore généralement la transmission sensoriale qui s'opère dans les nerfs, et la perception qui s'accomplit dans le cerveau. C'est conséquemment à cette idée que l'on dit *sensibles* les parties qui éprouvent une sensation, et que les physiologistes eux-mêmes, sans s'en apercevoir, désignent à tout moment, par sensation, le premier acte du phénomène complexe de la perception sensoriale? Ne disent-ils pas tous en effet, que le cerveau *perçoit* les sensations reçues par les organes? (1) N'est-ce pas

(1) *V. Magendie*, *Physiol.* t. 1, p. 196, 2e édition, et t. 1 p. 241, 3e édition, etc.

dire que la sensation est distincte de la perception et qu'elle est formée déja, quand la perception s'accomplit ? Telle est aussi la vérité, car le cerveau perçoit et ne sent pas. Le rustre le plus ignorant sait bien qu'il sent par sa peau, goûte par la bouche, flaire par le nez, entend par les oreilles, voit par les yeux. Il sait bien qu'il n'éprouve pas ces sensations dans le crâne.

Si l'on eût mieux apprécié la valeur des mots *sens*, *sensation*, *sensible*, serait-on exposé à dire que le cerveau est l'organe et le siége des sensations, et que néanmoins il n'est pas sensible ? Serait-on exposé à être inconséquent dans les termes quand on est exact sur le fait ? En restreignant le sens du mot sensation comme je le fais, je rends la langue de la science plus conséquente et plus logique.

Pour éviter toute équivoque et toute erreur à ce sujet, je préviens donc le lecteur que j'emploierai constamment les mots sensation ou impression, qui sont à peu près synonimes, pour exprimer *le changement*, *le phénomène qui se passe dans un organe excité*. Sensation et perception d'ailleurs, ne peuvent être rigoureusement synonimes, car il y a des perceptions qui ne viennent pas immédiatement par la voie des sens. Ainsi un souvenir est une perception de sensation antérieure, mais non une sensation actuelle. La conscience d'une émotion que l'on éprouve, d'une idée qui passe par la tête est une perception non sensoriale : une sensation n'est donc pas une perception. L'erreur contraire a fait faire bien des fautes à Condillac, à Destutt de Tracy, et à ceux qui ont adopté leur doctrine en jouant en quelque sorte perpétuellement sur le mot sensation. Je suis fâché surtout de voir que cette erreur ait été partagée par un génie aussi supérieur que l'illustre Gall (1). Pour moi, je n'étendrai jamais le nom de sensation à la transmission et à la perception qui la suivent, parce que tout le monde, et les physiologistes eux-mêmes, n'applique dans ce cas l'épithète

(1) *Anat. et phys. du système nerv.* 1810, in 4.° t. 1 p. 208.

sensible qu'à l'organe sentant; parce qu'ils ne peuvent la donner, ni au nerf conducteur qui transmet la sensation toute faite, ni au cerveau qui la perçoit et ne la sent pas. Enfin je ne reconnaitrai la sensation que dans les parties douées de sensibilité, parce que ce serait continuer à obscurcir le langage que d'en agir autrement.

On me pardonnera cette discussion grammaticale en faveur de son importance. En effet, fondée sur les éléments d'un fait complexe, cette simple discussion de mots servira autant à la détermination précise de la perception sensoriale qu'à fixer sur ce point la langue de la science qui avait grand besoin de l'être.

Passons maintenant à l'analyse des sensations, l'objet de ce mémoire.

Des différents modes et des différentes espèces de sensatios.

Il y a des sensations perçues et des sensations non perçues. 1° Parmi les premières il en est que nous nommons *physiques* parce qu'elles sont produites par l'action d'un excitant physique. 2° Il en est d'autres qui consistent dans la sensation de l'activité des organes et sont des impressions *d'activité*; 3° d'autres que la fatigue engendre, et qui sont des sensations *de fatigue*; 4° d'autres qui naissent du repos des organes, et sont des *besoins physiques*; 5° d'autres qui se développent sans causes précisément connues, et sont, du moins en apparence, des sensations spontanées ou morbides.

Voilà autant de genres ou de modes divers de sensations perçues, qui comprennent bien des espèces différentes encore.

Mais comme l'attention et l'habitude modifient considérablement les idées qui dérivent des sensations, il faut nécessairement ajouter deux autres modes d'impression aux cinq genres précédemment indiqués, pour en donner une indication exacte et un tableau complet.

Sensations non perçues. Je rapporte à ces phénomènes l'excitation qui cause la contraction d'un muscle involontaire, des muscles d'un membre que l'on vient d'amputer, enfin des muscles d'un animal ou d'un homme qui vient de mourir. J'y rapporte l'impression que la brûlure fait nécessairement sur un membre dont les nerfs sont liés ou comprimés momentanément ; j'y rapporte enfin, comme étant plus analogue aux sensations qu'à tout autre phénomène, les effets d'un virus contagieux, par exemple, et les impressions que font à notre insu dans les organes une foule de médicaments dont nous reconnaissons les effets consécutifs à cette impression. Voyons si ces rapprochements sont justes :

Lorsqu'on touche les fibres du cœur, des intestins ; lorsqu'on les irrite par des piqûres et des déchirures, lorsqu'on les coupe, qu'on les pince, qu'on les brûle, quoique l'animal ne témoigne pas plus de souffrance qu'avant d'être soumis à l'expérience, cependant les contractions du cœur s'accélèrent, celles de l'intestin se réveillent, si elles étaient assoupies, ou deviennent beaucoup plus sensibles. Lorsqu'à la suite d'une amputation, nous irritons encore mécaniquement ou chimiquement les fibres musculaires du membre amputé, les muscles se contractent quelquefois assez vivement, ceux de l'avant-bras et de la jambe, par exemple, pour remuer les doigts de la manière la plus manifeste.

Les mêmes expériences sur un muscle séparé du corps, sur un animal que l'on vient d'assommer, de simples irritations sur les parties d'un animal que l'on vient de décapiter, des décharges électriques sur un guillotiné, et même **12** ou **15** heures après la mort, produisent les mêmes effets sur les muscles des membres et sur tous les muscles involontaires (1).

---

(1) Nysten, voy. ses *Recherches*, pour faire suite à l'ouvrage de Bichat sur *la vie et la mort.*

M. André Ure a ranimé ainsi d'horribles mouvements dans la tête d'un supplicié, qui était séparée du tronc (2). Les mâchoires se rapprochèrent avec violence, les yeux se rouvrirent et roulèrent effrayants dans leurs orbites. Les passions semblèrent renaître un moment dans cette tête de cadavre : on eût dit qu'elle se réveillait menaçante contre l'audacieux qui avait osé troubler le sommeil de sa mort.

Dans tous ces cas, puisque les muscles se sont contractés sous l'influence des excitations, ils en ont donc été impressionés, ils les ont donc senties?

Si un muscle se tend quand on le tire vers une de ses extrémités, s'il se porte à droite ou à gauche quand on l'y pousse, ces mouvements sont purement mécaniques, puisqu'ils sont communiqués. Mais il n'en est pas de même dans les exemples que nous venons de citer; aucun de ces mouvemens n'est communiqué, ils sont tous évidemment le résultat d'une excitation qui a ranimé dans ces organes une faculté assoupie, mais point encore anéantie.

Lorsque vous brûlez le bout des doigts d'un animal, d'un lapin, d'un chien, par exemple, il retire la patte; et vous dites qu'il la retire parce qu'il a senti la chaleur. Si vous liez ou comprimez les troncs nerveux ou seulement le tronc nerveux qui se distribue à l'un des doigts, l'animal reste immobile tandis que vous lui brûlez ce doigt profondément. Mais si tout-à-coup vous cessez la compression, l'animal retire brusquement sa patte en criant et donnant des témoignages d'une vive douleur. Croyez-vous que lorsqu'il supportait la brûlure sans la fuir, il ne se passait pas dans la patte *les mêmes phénomènes* que lorsqu'une minute avant et après il se mit à crier et à s'agiter? Quoi! quand vous le brûlez dans la première minute, la patte éprouve des sensations de douleur; quand vous la brûlez dans la troisième elle les éprouvait encore; et quand vous la brûlez dans la deuxième elle ne les éprouve pas. Oh! s'il fût jamais permis de deviner la nature et de conclure

(1) *Bulletin des Sc. Méd.* par Férussac.

de ce que l'on voit à ce que l'on ne voit pas, croyez donc que dans les trois cas le même phénomène d'excitation locale et de sensation s'est passé dans la patte, et que le second cas ne diffère des deux autres que parce que la transmission sensoriale a été interceptée par la compression momentanée des nerfs. Parce que la transmission sensoriale a été interceptée, parce que la perception n'a pu s'accomplir, penser et dire que la sensation n'a pas eu lieu, que la sensibilité est abolie, serait déclarer que la sensibilité et la sensation dépendent de la transmission et de la perception sensoriales, et que la cause est l'effet de ses effets : ce serait tomber dans un bien vicieux raisonnement.

Quand les pathologistes, en énumérant les symptômes de l'apoploxie ou de la compression brusque de la moelle épinière, parlent de paralysie de la sensibilité, il ne faut donc pas prendre ces expressions à la lettre. N'observe-t-on pas encore des phénomènes semblables à ceux que je viens de citer, lorsqu'on coupe chez un animal le nerf conducteur des sensations d'une partie quelconque? N'arrive-t-il pas alors que, tandis que le nerf est coupé, la partie et le nerf qui s'y distribue restent en apparence insensibles? N'arrive-t-il pas ensuite quand il est parfaitement cicatrisé, que le nerf et la partie se remontrent sensibles aux irritations? Croit-on que le nerf était réellement insensible au-dessous de la section, croit-on que la section d'un nerf puisse détruire la sensibilité? N'est-il pas évident que la cicatrisation du nerf ne peut lui rendre que sa propriété conductrice des sensations, c'est-à-dire la faculté de transmettre les sensations qu'il ne pouvait plus transmettre quand il était coupé, quoiqu'il les éprouvât comme auparavant? N'est-il pas évident que la cicatrisation ne peut pas plus donner une nouvelle propriété aux nerfs placés au-dessous de la cicatrice, que la section n'a pu les en dépouiller? Prétendre le contraire, ne serait-ce pas établir que les nerfs et leurs divisions terminales ne possèdent pas par eux-mêmes, et par suite de leur organisation, la faculté de sentir, mais qu'elle leur

vient de plus haut, s'y répand dans l'état sain et s'en retire sous l'influence d'une ligature, ou s'en écoule invisible, par une solution de continuité : ce qui serait absurde?

Il en est de même de la contractilité des muscles volontaires: la section de leurs nerfs ne paralyse point leur contractilité, comme le prouvent les contractions qu'on y détermine par l'irritation de ces nerfs coupés ; mais la section de ces organes empêchant l'excitation volontaire de parvenir aux muscles, ceux-ci restent paralysés pour la volonté, sans l'être réellement, comme la peau dont les nerfs sont coupés paraît insensible sans que rien prouve qu'elle le soit en réalité.

Ne se passe-t-il pas encore un phénoméne de sensation inaperçue chez l'écrivain qui, vivement occupé par un travail de composition, ne s'aperçoit du froid qui le glace que lorsque ses doigts engourdis ne peuvent plus tenir la plume? Lorsqu'un homme gagne la siphylis ou une maladie quelconque, par un contact immédiat, il n'en a la conscience par aucune sensation. Néanmoins, plus tôt ou plus tard, il se développe dans le point contagionné un travail organique, des mouvements vitaux qui ne sont pas des mouvements communiqués. Or, si ces mouvements vitaux qui se passent dans les capillaires et la trame de la peau, par exemple, ne sont pas des mouvemens mécaniques communiqués ; s'ils sont le résultat d'une excitation particulière, le point contagionné l'a donc sentie? Enfin, quand les mercuriaux excitent la salivation, les purgatifs et les émétiques la sécrétion biliaire, les diurétiques la sécrétion urinaire, les sudorifiques celle de la sueur, les emménagogues l'écoulement des règles, etc., sans que nous en ayons conscience, n'est-il pas évident qu'ils ont produit sur les glandes salivaires, le foie, les reins, la peau et l'utérus, une impression quelconque, non perçue, qui cependant a excité et augmenté leur action?

Puisque, dans tous les cas que nous venons d'analyser, il y a eu des excitations, et par suite des impressions locales

non perçues, mais attestées par les mouvements qu'elles ont provoqués, ne faut-il pas en conclure qu'il se passe dans l'économie des sensations latentes et locales? Je ne citerai plus qu'une espèce de faits. Fauvel et Méry ont montré en **1711** et **1712**, chacun un enfant né sans cerveau, sans cervelet ni moelle épinière, qui vécurent plusieurs heures et donnèrent des témoignages évidents de sensation. Celui de Méry, qui vécut **21** heures, prit même de la nourriture. Il avait donc senti le besoin et senti la nourriture qu'on lui avait présentée, puisqu'il l'a prise. Qui oserait dire qu'il ait eu conscience de ces sensations?

Si l'on ne veut point appeler ces phénomènes du nom de sensations non perçues; si faute d'avoir réfléchi, l'on ne distingue pas la liaison qui les rattache aux sensations, et qu'on ne sache à quels phénomènes les rapporter, qu'on les désigne sous un autre nom, et qu'on ne les laisse pas hors des livres de la science comme on l'a fait jusqu'à ce jour. En agir autrement, ne serait-ce pas donner à penser que nous ne savons pas même distinguer les faits qui se rattachent à la physiologie, et que notre vue est impuissante pour en embrasser toute l'étendue?

Ces sensations inaperçues sont si obscures et si peu connues que nous n'en dirons rien de plus, et que les généralités qui vont suivre ne s'appliqueront guères qu'aux sensations perçues, comme il sera d'ailleurs facile de le comprendre.

1°. Les *sensations physiques* sont générales ou spéciales.

Les *sensations physiques générales* sont produites par des actions physiques ou chimiques : la chaleur, des chocs électriques la pesanteur, le mouvement, des combinaisons chimiques, etc. Ces sensations ne s'observent toutes ni dans tous les tissus, ni dans tous les états sains ou morbides, et elles n'y existent pas non plus au même degré. Ces sensations offrent des caractères remarquables quoique non remarqués. Elles ne nous donnent guère que l'idée de l'impression, l'idée de la présence d'un agent excitateur, l'idée de la douleur, mais elles ne font pas précisément connaître cet agent. Ainsi, soit une

plaie toute récente ou déjà enflammée, soit un nerf mis à nu : si on les touche avec un instrument quelconque, le patient reconnait ordinairement le contact du corps étranger, mais il ne distingue pas ce corps ; si on les brûle, qu'on les pince, qu'on les coupe, il souffre ordinairement, mais il ne distingue que très mal la sensation qu'il éprouve, et rapporte une brûlure à une piqûre, et l'effet d'un pincement à une section ; en un mot il attribue à une action ce qui appartient à une autre. Je prie le lecteur de bien se rappeler ces faits. Il nous seront très-importants par la suite, pour nous apprendre à reconnaître les faits qui appartiennent à la sensibilité physique générale et à la distinguer de certaines sensibilités physiques spéciales, de celle du tact par exemple, qui permet de reconnaître la forme, le poli, l'étendue des corps, leur sécheresse etc., sensibilité avec laquelle on a confondu la sensibilité physique générale.

Les *sensations physiques spéciales* sont des impressions déterminées par un agent spécial sur un ou quelques organes particuliers : telles sont la vision, l'audition, l'odoration, la gustation; et même, à ces sensations physiques spéciales j'ajouterai des sensations oubliées par les auteurs et qui sont différentes de celles des cinq sens, par exemple le chatouillement, l'impression des vapeurs ammoniacales sur la conjonctive, sensations que l'on confond avec celles de la sensibilité générale, ou avec celles du tact. Elles se distinguent cependant des premières en ce qu'elles sont spéciales aux parties qui les éprouvent, et des secondes en ce qu'elles ne donnent pas comme celles-ci la notion de la consistance, de la sécheresse, de la forme et par suite d'autres qualités des corps. Enfin, à ces sensations physiques spéciales, je rapporte aussi les impressions perçues qui pour la plupart sont causées par des médicaments et que je nomme *sensations médicamenteuses*, faute de meilleure dénomination. J'en parlerai de suite pour faire mieux comprendre les sensations de ce genre. Certains médicaments pro-

duisant sur certains organes des impressions non perçues, je n'en dirai rien ici. Ce n'est pas de ces sensations qu'il s'agit maintenant, mais des sensations médicamenteuses dont nous avons la conscience.

Les sensations médicamenteuses varient par leur cause, leur siége, leur intensité, l'impression qu'elles font sur nous, les effets qui en sont la suite, les conditions qu'elles exigent, et les influences qui les modifient.

Ramenant en quelque sorte le premier, dans le giron de la physiologie, des faits qu'on a toujours tenus écartés de la science, je veux seulement présenter sur ces phénomènes quelques observations générales pour leur rendre leurs titres de famille.

Les causes des sensations médicamenteuses sont, comme l'indique leur nom générique, des médicaments, ou des substances qui agissent comme les médicaments et d'une manière particulière.

Les médicaments qui produisent en nous des sensations particulières, indépendamment de leur action sur le goût, sont par exemple, les narcotiques et notamment les opiacés, les boissons alcooliques, la strychnine et les substances qui en renferment, la cantharidine, etc.

Ainsi les opiacés, administrés à doses légères, produisent un engourdissement particulier de l'organe de la pensée, qui donne envie de dormir; ils causent aussi un engourdissement général dont la sensation n'est pas sans charme. Les boissons alcooliques produisent des effets analogues, qui sont la source des jouissances des ivrognes.

Les sensations causées par la strychnine, qui arrachent aux animaux des cris déchirants, sont au contraire de vives douleurs. Les besoins que donne la cantharidine sont encore des sensations particulières.

Quant aux autres sensations de contact étrangères à celles que l'on rapporte aux sensations tactiles proprement dites,

elles sont répandues dans une foule d'organes, et notamment dans la peau et les membranes muqueuses, surtout près des ouvertures naturelles où ces sensations se mêlent aux fonctions qui s'y passent et y jouent un rôle plus ou moins important. Je remets à en parler au moment où je ferai l'analyse des sensations de la peau, de la bouche, du nez, etc.

La sensibilité physique n'est donc pas une faculté unique, ainsi qu'on le croirait à la lecture des ouvrages de physiologie. Elle est donc bien plus étendue, plus variée qu'on ne le pense, et comprend beaucoup d'espèces différentes, distinctes et indépendantes les unes des autres. Cette proposition sera mise plus tard dans tout son jour.

Ce sont des faits de ce genre qui m'ont obligé de reconnaître la *multiplicité* des propriétés vitales comme un principe aussi vrai que fécond, et comme une théorie aussi large que celle des auteurs et de Bichat en particulier est étroite. Je proclame très-haut cette importante vérité, parce que les esprits paraissent très-éloignés de la comprendre et d'y faire attention.

2° Les *sensations d'activité organique* nous donnent à tout moment la conscience de la vie. Je suis étonné que les auteurs n'en parlent pas, car elles sont très-évidentes. Elles se distinguent très-bien dans les muscles en contraction. Elles contribuent à nous donner, et surtout celles de la marche et de la course, les idées de la distance et de l'espace. Ce n'est point, en effet, comme l'a dit Buffon en parlant du sens de la vue et des sens de l'homme en général, ce n'est point le toucher qui nous fait connaître les grandes distances des corps quand nous sommes obligés de nous transporter d'un lieu à un autre, c'est la sensation de l'activité des organes et la vue plus ou moins prolongée des objets successivement dépassés.

Nous sentons aussi parfaitement bien les actes et les émotions de l'entendement; nous les sentons si bien, que

nous pouvons les étudier par l'observation, les distinguer par l'analyse, les juger et les connaître. Aussi est-ce surtout par cette voie que l'on est parvenu jusqu'à ce jour à pénétrer quelques-uns des mystères de l'intelligence. Nous sentons également l'activité de la poitrine, du larynx et des organes de la parole dans la production de la voix et la prononciation; l'activité de plusieurs organes digestifs pendant la digestion. Nous nous sentons respirer, mais nous ne sentons habituellement ni l'action des poumons, ni celle du cœur, et jamais celle des vaisseaux, ni des glandes, ni des parenchymes, dans la circulation, les sécrétions, la nutrition et la calorification. L'état d'activité des organes reproducteurs ne se dérobe au contraire qu'en partie à notre sensibilité.

3° Les *sensations de fatigue* naissent de l'excès d'action des organes, soit dans l'intensité, soit dans la durée de leur exercice. Elles se distinguent des précédentes en ce qu'elles persistent après l'activité des organes, pendant un temps plus ou moins long. On ne les observe que dans les organes qui veillent et reposent tour-à-tour, et non dans ceux qui, comme le cœur et les poumons, ne se reposent réellement jamais. Légères, elles sont très-supportables; fortes, elles sont douloureuses au point de forcer les organes de devenir inactifs ou de les frapper d'impuissance. La fatigue est une limite que la nature semble avoir mise à l'activité des animaux et de l'homme, et que le courage le plus indomptable ne saurait vaincre quand elle est arrivée à son dernier terme. Le repos console les organes fatigués; il répare ou renouvelle leurs forces épuisées, et ranime pour ainsi dire leur puissance prête à s'éteindre.

4° Les *besoins physiques*, que j'appelle ainsi par opposition aux besoins moraux et intellectuels, sont, par exemple, ceux d'agir, de respirer, de boire, de manger,

etc., etc. Ce sont des sensations qui naissent du repos des organes et sont ainsi opposées aux précédentes, qui naissent de l'excès de leur action. En nous fatiguant également par le repos pour nous obliger à agir, et par l'exercice pour nous forcer au repos, la nature nous fait passer alternativement par ces besoins différents et contraires, en sorte que nous oscillons incessamment entre deux états opposés, la veille et le sommeil. On observe des besoins analogues dans les fonctions nutritives, les fonctions génératrices. Tous ces besoins d'ailleurs sont naturels ou artificiels, et quelquefois en même temps naturels et artificiels.

Les *besoins naturels* sont ceux qui se développent spontanément chez tous les hommes; ce sont ceux de sentir, de penser, de se mouvoir et de crier; de manger, de boire, de respirer et de jouir des voluptés de l'amour. Le besoin de sentir, de penser et d'agir est la cause du réveil, ou, si l'on veut, c'est le réveil lui-même. Il est vrai que le besoin de sentir n'est pas manifeste dans les sens reposés, et que leur réveil paraît essentiellement soumis à celui de l'entendement; mais ne pourrait-on pas dire que lorsque nous éprouvons une démangeaison vive, nous éprouvons le besoin d'une sensation contraire ou opposée à la démangeaison, ne fût-ce que pour la faire disparaitre, et que c'est pour satisfaire ce besoin que nous nous grattons quelquefois jusqu'au sang avec tant d'ardeur et de plaisir? Ne pourrait-on pas dire encore que les besoins de nous mouvoir, de prendre des aliments, de nous reproduire, ne sont en définitif que des besoins de sensation? Comme l'entendement agit indépendamment des excitants ou des influences de la nature, l'intelligence ne ressent jamais le plus imperceptible besoin d'agir qu'elle n'agisse aussitôt irrésistiblement, dans l'obscurité de la nuit comme pendant

la clarté du jour. Mais souvent ce travail est insuffisant pour des personnes habituées de longue main à des travaux intellectuels particuliers plus fatigants.

Quant au besoin d'action de la part des muscles, il est on ne peut plus manifeste : les pandiculations et les soupirs de notre réveil, comme le chant matinal du coq, les battements de ses ailes, les rugissements du lion, sa gueule qui s'ouvre, ses membres qu'il étend, sa queue qu'il agite et dont il frappe l'air, en sont autant de témoignages qui ne laissent rien à désirer.

La faim et la soif, le besoin de respirer, le besoin des plaisirs de l'amour sont des sensations si évidentes, des besoins si impérieux et si connus, qu'il n'est pas nécessaire de s'y arrêter pour en prouver la réalité.

Satisfaire c es besoins avec modération, est une source de plaisir et de santé ; mais y résister est pénible et même dangereux parfois pour la vie. N'est-il point remarquable que la nature n'ait point abandonné à la négligence ou aux caprices de notre volonté le plus pressant, le plus impérieux de tous ces besoins, celui de la respiration, et qu'elle ait destiné à le satisfaire des actions instinctives ou automatiques et involontaires.

Les *besoins artificiels* sont ceux de fumer, de priser, de prendre des liqueurs fortes, etc. Une fois développés, ils sont aussi tyranniques, aussi impérieux que les besoins naturels ; ils nous tourmentent, nous jettent dans une sorte d'inquiétude, d'ennui, de mélancolie insupportable, et finiraient par troubler la santé, s'ils n'étaient satisfaits. Ils agissent précisément comme celui de l'union de sexes. Sont-ils satisfaits ? ils causent d'inappréciables plaisirs ; ils réveillent l'intelligence, l'innervation, et par l'intermédiaire de celle-ci, une foule de fonctions languissantes, et redonnent à toute l'économie une force, une liberté, une activité nouvelles.

Les besoins naturels peuvent devenir aussi, en partie, artificiels par l'influence de l'habitude : ainsi, une vie active et laborieuse, dans laquelle on exerce beaucoup l'esprit ou le corps, rend l'oisiveté pénible au point d'altérer la santé. L'habitude de l'ivrognerie et de la gourmandise donnent encore des besoins très-impérieux et des plaisirs très-vifs quand ils sont satisfaits. Par la même raison, l'habitude du libertinage agace autant les sens qu'une chasteté réglée en modère l'ardeur.

5° Les *sensations spontanées*, qui, du moins, naissent sans cause apparente, sont en général des sensations morbides, bien qu'elles puissent se présenter momentanément dans l'état sain. Leur permanence constituerait et constitue réellement une maladie par la gène qu'elles causent et par les troubles qui peuvent en être la suite. Ces sensations forment d'ailleurs plusieurs espèces distinctes. Ce sont des démangeaisons, des picottements, des fourmillements, des frissons, des chaleurs, des douleurs, elles-mêmes très-variées, et quelques sensations morbides particulières, comme celles de l'*aura epileptica*, de la *boule hystérique*, de l'étourdissement, des congestions cérébrales, etc.

Doit-on attribuer ces sensations spontanées et souvent sans altération matérielle visible à une lésion matérielle inappréciable, mais réelle? Je pense qu'en bonne logique, et pour ne point aller au-delà des faits fournis par l'observation, il ne faut les attribuer qu'à l'altération de la sensibilité. Mais, diront ces matérialistes qui croient pouvoir tout expliquer par une altération anatomique, et qui ne comprennent rien sans un changement matériel préliminaire, comment peut-on admettre une lésion de propriété et par conséquent un changement dans les phénomènes qui en dépendent sans une lésion matérielle préliminaire? Comment! mais c'est qu'il n'est pas possible de s'y refuser, quand on raisonne avec sévérité et qu'on

ne s'en laisse pas plus imposer par les axiômes d'un matérialisme grossier que par les préjugés d'un spiritualisme ignorant. En effet, admettons un instant qu'il ne puisse pas y avoir de lésion dans une propriété vitale telle que la sensibilité, ou dans les sensations qui en dérivent; sans une altération matérielle préliminaire; mais alors cette lésion organique est elle-même un phénomène qui résulte nécessairement d'une lésion des facultés ou propriétés nutritives. Eh bien! si nous sommes forcés en définitive d'admettre une lésion première des facultés qui président aux changements moléculaires de nos tissus, pourquoi ne pas admettre qu'une autre propriété, la sensibilité, puisse être aussi lésée primitivement? Il faut en vérité fermer les yeux à la lumière pour s'y refuser quand on en a tous les jours la preuve : qu'est-ce en effet que la sensibilité qui s'exalte, s'émousse et se modifie de mille manières par l'exercice et sous l'influence de l'excitant le plus léger, sous l'influence d'un soufle imperceptible qui effleure la surface de la peau? Eh bien! diront les matérialistes mécaniciens, ce souffle si léger a causé un changement dans l'état moléculaire de la peau, et ce changement a causé la sensation; car, ajouteront-ils, il est impossible d'admettre que la peau, qui ne sent rien actuellement, vienne à sentir sans avoir changé d'état matériel, vu qu'il n'y a pas d'effet sans cause. Et ils s'imaginent vous envelopper par ce raisonnement à un tel point qu'il est impossible d'échapper. Je ferai observer d'abord, que c'est affirmer et non prouver ce qui est en question. Et puis, quoi! notre peau est si tenace que nous ne pourrions la rompre ou la déchirer avec nos doigts et par conséquent en déranger les molécules, et nous admettrions qu'un souffle léger ait plus d'énergie que toute la force de nos mains! Et quand d'ailleurs on s'abandonnerait à d'aussi vagues suppositions, ne serait-il pas évident que la propriété nutritive toute vitale qui tient unies les particules

de la peau aurait été d'abord altérée sans lésion matérielle préliminaire, et que, par conséquent il y aurait toujours eu pour lésion primitive une lésion vitale? L'altération matérielle, qu'on le sache bien et qu'on ne l'oublie pas, ne peut être antérieure à la lésion vitale qu'autant qu'elle a été causée par un agent mécanique ou chimique assez puissant pour produire immédiatement une altération intime des tissus. D'ailleurs toutes ces théories mécaniques ne satisfont que les esprits peu sévères. Comment, en effet, un dérangement des molécules de la partie sentante peut-il faire comprendre le mystère du phénomène de la sensation ?

Si les physiologistes faisaient plus souvent usage de l'analyse et du raisonnement, ils n'auraient pas confondu les douleurs morbides dont nous venons de parler, avec la douleur physique, et par suite la sensibilité très-différente qui préside à l'une et aux autres, et ils n'auraient point dit et répété à l'envi que tous les tissus deviennent sensibles dans l'inflammation. Ce langage, en effet, manque tellement de précision qu'il conduit directement à l'erreur. Ainsi, pour n'en citer qu'un exemple, par suite de cette assertion on croit que les os étant enflammés, leur tissu osseux est sensible aux irritants mécaniques et chimiques : eh bien ! il n'en est rien ; mais il est réellement le signe de douleurs morbides spontanées qui tiennent à la sensibilité morbide qu'ils possèdent, et non à la sensibilité physique générale qu'ils ne possèdent point. Ce sont des faits que nous prouve tous les jours la pratique de la chirurgie dans nos grands hôpitaux.

Des Sensations attentives. Ces sensations, comme l'indique leur nom, sont nécessairement compliquées d'attention. Elles le sont presque toujours encore d'actes de volonté réfléchis ou irréfléchis et instinctifs, qui donnent lieu à des mouvements également volontaires ou involontaires, destinés à favoriser l'accomplissement de la sensation.

Elles paraissent beaucoup plus vives, plus distinctes, plus parfaites en un mot, que les sensations inattentives; mais nous allons prouver que cette apparence n'est qu'une illusion.

Lorsque, nous promenant inattentifs dans la campagne, nous sommes surpris par un oiseau qui passe avec rapidité, nous le voyons; mais nous serions bien embarrassés d'indiquer la forme de l'oiseau, la couleur de son plumage. S'il a éveillé notre attention et qu'il vienne à repasser devant nos yeux, nous le regardons, nous le suivons par un mouvement volontaire ou involontaire à travers l'espace, et nous reconnaissons parfaitement l'espèce d'oiseau qui nous avait surpris. Si nous entendons un bruit léger, une conversation à voix basse, et qu'elle excite notre curiosité, nous penchons instinctivement la tête du côté des interlocuteurs, nous tendons l'oreille, nous écoutons, et il est possible que nous parvenions à saisir une conversation qui nous eût échappé sans l'attention que nous y avons apportée. Dans tous les cas, l'attention ressemble, pour ainsi dire à un verre grossissant qui rend les détails des choses plus apparents. Mais par quel mécanisme produit-elle ce résultat? Serait-ce en rendant les sensations plus vives et plus prononcées? Telle est l'opinion de plusieurs auteurs et particulièrement de M. Adelon. « La volonté, dit-il, érige en quelque sorte la partie nerveuse de l'organe des sens et augmente son action, comme le prouve la plus grande intensité qu'a une sensation toutes les fois qu'elle est perçue avec volonté et attention (1). » Si l'attention était une action qui apparttnt aux sens, et aux sens exclusivement, la proposition pourrait être logique, parce que les

(1) *Physiol. de l'homme*, p. 257. 2e édit., t. 1.

sens seraient seuls modifiés ; mais comme l'attention est un état de l'intelligence ou du cerveau qui commande, qui gouverne les sens, il est possible que la modification existe aussi dans l'intelligence, ou même existe dans l'intelligence toute seule, et alors la proposition peut être fausse. Essayons donc d'appliquer l'analyse logique à cette difficulté.

Lorsque nous touchons ou regardons un corps avec beaucoup d'attention, sentons-nous que notre main et nos yeux soient plus sensibles, qu'ils reçoivent réellement une impression plus forte, plus vive, plus énergique? je ne m'en suis jamais aperçu. Mais l'intelligence est-elle plus puissante, plus active par l'attention? Nous apercevons-nous manifestement qu'elle juge avec plus de facilité, plus de rapidité? Cela n'est pas douteux. L'attention ne rend donc pas *évidemment* la main et les yeux plus sensibles, mais l'intelligence plus puissante et plus juste. Il est donc très-douteux que ces sens y gagnent la moindre perfection. Il en est de même pour les autres sens.

Citons enfin deux exemples plus remarquables, qui prouveront définitivement que l'attention ne perfectionne que la perception et le jugement, et non les organes des sens.

Lorsque nous observons de loin un oiseau dont nous écoutons en même temps les chants avec beaucoup d'attention, que quelqu'un vienne à passer près de nous et sous nos yeux, entre nous et l'objet que nous regardons: nous le voyons, mais nous ne le distinguons pas; qu'il nous parle, nous ne le comprenons pas. Cependant, si nos sens sont en érection, quand ils sont attentifs, pour parler le langage de M. Adelon, comment se fait-il que, dans ces deux derniers exemples, notre œil n'ait pas distingué la personne qui a passé près de nous, sous la ligne visuelle, et que notre oreille n'ait pas dis-

tingué les paroles qui ont été proférées à sa portée, quoique nous ayons vu la personne et entendu ses paroles de plus près? c'est que l'attention ne rend pas les sens plus sensibles, et que les sensations ne sont bien perçues que lorsque l'attention y prépare l'intelligence. Il n'y a qu'un cas, peut-être, où l'état de l'intelligence augmente la sensibilité; c'est celui où l'homme, occupé d'idées voluptueuses, a les organes de la génération sur-excités; et là où le fait est vrai, il est manifeste pour tout le monde. Je n'oserais pas assurer qu'il en fût de même pour les souffrances de l'hypochondrie, qui semblent avivées par l'attention que les malades y donnent.

Ce que je viens de dire des sens est tellement vrai, que le vulgaire lui-même en est frappé, quoiqu'il ne puisse s'en rendre compte. Ne répond-il pas tous les jours, pour se justifier d'une distraction à l'égard d'une personne qui lui parlait ou le saluait : je ne vous regardais pas, j'étais distrait, j'avais l'esprit occupé. Croit-on qu'alors le vulgaire voulût dire que ses yeux ne voyaient pas, que ses oreilles n'entendaient pas? Non, assurément. Il voulait dire que son esprit était occupé ailleurs. Ainsi, les sensations inattentives échappent inapperçues, comme les sensations non perçues, ou bien la perception en est si vague que nous n'avons aucune idée précise de l agent particulier qui a produit l'impression. Les sensations attentives au contraire nous le font connaître avec toute la précision que nous sommes capables d'apporter dans nos appréciations. Nous verrons plus loin que l'exercice et la pratique ajoutent d'ailleurs à la certitude de nos jugements et à leur promptitude.

Il résulte de ces faits qu'il n'y a pas de différence plus profonde dans les perceptions, que celles qui naissent du défaut ou du concours de l'attention. Chaque sensation doit donc être successivement étudiée sous ces deux points de

vue, sous ces deux modes. A l'occasion d'nne sensation attentive, on doit aussi toujours déterminer les mouvements volontaires ou instinctifs destinés à recueillir l'excitant qui la cause et à multiplier ou renforcer les impressions des sens.

Des sensations répétées ou accoutumées.. La répétition des excitations sur les sens ou l'habitude de leur exercice produit des effets divers. Tantôt elle en exalte la sensibilité, d'autres fois elle l'émousse ; dans quelques cas elle rend désagréables des sensations qui plaisent d'ordinaire ; enfin, assez souvent elle rend agréables des sensations désagréables d'abord, et crée même pour l'homme des besoins tyranniques.

1° Des sensations réitérées, mais incapables de léser les tissus, finissent quelquefois par irriter les organes au point de les enflammer. C'est ce que produisent les frictions de la marche. Elles causent un érythème entre les cuisses et les fesses, des vésicules aux orteils. Une lumière trop vive finit, chez quelques individus, par leur enflammer les yeux. L'excitation excessive des organes de la génération en exalte parfois la sensibilité au point que le moindre attouchement y cause des sensations vives et détermine des éjaculations débilitantes.

2° On voit souvent, au contraire, les cuisiniers, les forgerons manier avec une grande facilité des charbons ardents, des fers brûlants qu'une autre personne ne pourrait toucher et que primitivement ils touchaient à peine ; nos manœuvres travaillent toute une journée sans que leurs mains en éprouvent le moindre mal ; des piétons de profession n'ont, après de longues marches, ni cloches ni vésicules aux pieds ; les cavaliers n'éprouvent plus, au bout d'un certain temps de l'exercice du cheval, la moindre douleur et la moindre gêne par les frottements et les secousses du trot et du galop. Chez tous, manouvriers,

piétons et cavaliers, les premiers effets ont été une irritation plus ou moins vive, qui, par un effet secondaire, s'est émoussée.

3° Des sensations qui plaisent beaucoup d'abord finissent par devenir désagréables et causer un dégoût très-prononcé. C'est ce qui arrive, par exemple, quand une odeur ou des mets nous ont indisposé ; quand nous avons fait un long usage d'une espèce d'aliment. Le goût, dans ce dernier cas, n'est pas émoussé, mais perverti par l'habitude ; car la sensation qu'il éprouve n'est pas insipide, mais désagréable.

4° Des sensations d'abord désagréables finissent assez souvent par devenir agréables, et souvent même leur retour fréquent devient, ai-je dit, un besoin tyrannique. C'est ainsi que le tabac, les huîtres, l'eau-de-vie et tous les spiritueux, une foule de mets sapides causent d'abord des sensations désagréables qui deviennent, avec l'habitude, plus ou moins promptement délicieuses. Quelques-unes même, comme celles du tabac, comme celles des liqueurs fortes et du café, finissent par être nécessaires, par causer un besoin irrésistible. Il ressort de tous ces faits particuliers un fait général fort remarquable, c'est qu'il n'y a pour le goût que les choses très-sapides qui puissent devenir très-agréables et quelquefois nécessaires. Au physique comme au moral, on ne se passionne pas pour des choses insipides.

En présence de ces diverses modifications apportées aux sensations ou à la sensibilité par la répetition des excitations ou par l'habitude, que devient l'assertion de Bichat, que *l'habitude émousse le sentiment et perfectionne le jugement*? Ce qu'elle devient? il faut bien le dire : une erreur, une assertion trop généralisée dans son premier membre, car elle n'est vraie que pour une des quatre modifications qu'éprouve la sensibilité par des excitations répétées ; mais le second membre de la proposition est juste, à mes yeux, du moins. Cepen-

dant M. Adelon attribue le perfectionnement aux sens eux-mêmes, et non à l'entendement. Je citerai littéralement l'auteur, pour ne pas m'exposer à altérer ses idées. « Si l'organe n'est pas assez exercé, d'une part, il ne se développe pas aussi complètement (Probablement l'auteur veut dire qu'il ne devient pas aussi volumineux, aussi épais qu'il pourrait être); De l'autre, il n'acquiert pas dans son jeu toute la prestesse et toute la sûreté dont il est capable, et *se rouille*, en quelque sorte. Si l'organe, au contraire, est trop exercé, il s'épuise et se force, si on peut parler ainsi. » Je crois premièrement que le développement des sens sous l'influence de l'exercice est une chimère. Personne n'a démontré que la peau des doigts fût plus développée chez les aveugles, qui touchent plus que les autres hommes; que la langue ou sa membrane le fussent davantage chez les gourmets et les cuisiniers; que le nez, ses cavités ou sa membrane, le fussent aussi davantage chez les parfumeurs; que l'œil fût plus volumineux chez le peintre, et l'oreille plus considérable chez le musicien, chez lesquels ces organes sont très-exercés.

Secondement, les sens n'acquièrent pas de prestesse, de sûreté, et ne se perfectionnent pas par l'exercice, enfin ils ne sont pas éducables. C'est l'intelligence qui acquiert cette sûreté, ce perfectionnement par l'exercice et l'éducation. Voyez le peintre qui a déjà les yeux un peu affaiblis par l'âge, mais qui y voit assez bien encore : croyez-vous qu'il distingue moins sûrement ce qui tombe dans la sphère d'activité de sa vue qu'un ignorant à vue perçante; et ce musicien qui a déjà l'ouïe moins fine, croyez-vous qu'il juge moins juste du mérite d'un morceau de musique? Si vous le pensez, détrompez-vous. Comme l'un et l'autre distinguent et jugent par les lumières de leur intelligence, pourvu qu'ils voient, pourvu qu'ils entendent, soyez sûrs qu'ils jugeront aussi bien que dans leur jeunesse, et d'autant mieux, que l'âge aura plus multiplié leurs connaissances et plus perfectionné leur jugement,

croyez même qu'ils jugeront également en se servant d'un seul œil et d'une seule oreille. Cette théorie sur l'influence de l'exercice des sens se rattache au reste à celle du même auteur sur l'influence de l'attention dans les sensations. J'avoue que l'une ne me parait pas plus fondée que l'autre. Je me permets de le dire, parce que la science ne peut que gagner à voir les objections s'entrechoquer, s'il y a lieu, pour l'une et l'autre opinions.

En résumé, il y a des sensations perçues et non perçues. parmi les premières, il y a des sensations physiques, des sensations d'activité, des sensations de fatigue, des besoins physiques, des sensations spontanées et morbides, des sensations attentives et des sensations répétées ou habituelles. Les sensations physiques sont générales ou spéciales. Les spéciales sont des sensations tactiles, des sensations de contact, des sensations médicamenteuses, des sensations de saveur, d'odeur, de son ou de lumière. Les sensations d'activité sont variées comme les tissus où elles se montrent. Il en est de même des besoins physiques. Les sensations spontanées ou morbides sont bien plus variées encore. L'attention rend les perceptions sensoriales plus profondes, plus justes, et non les sensations plus vives; enfin l'habitude tantôt les émousse, tantôt les exalte, tantôt en fait un besoin impérieux et tyrannique, sans donner jamais plus de finesse et plus de délicatesse aux sens eux-mêmes.

Toutes ces modifications si variées, toutes ces espèces de sensations, à l'exception de celles que déterminent l'attention et l'habitude, appartiennent à autant de propriétés de sentir distinctes les unes des autres. Il y a donc une multitude de sensibilités diverses dans l'économie animale, au lieu d'une seule, comme on pourrait le croire en en jugeant d'après nos physiologies actuelles, qui rapportent toutes les sensations à un principe unique : *la sensibilité*, ou tout au plus encore, à une deuxième propr'été mal fondée : *la sensibilité organique* de Bichat.

Remarques sur les accouchements dans les positions occipito-postérieures du sommet de la tête ; par P. GUILLEMOT, D. M. P.

Il est une espèce d'accouchement qui, par son développement et sa marche, ressemble à l'accouchement par les fesses. Cet accouchement est celui par le vertex, lorsque l'occiput répond en arrière, et le front en avant. La cause de la lenteur qu'on remarque dans l'un et dans l'autre travail dès le début et dans le cours de la parturition, ne vient que du défaut de rapport que les parties qui se présentent ont avec le bassin qu'elles doivent franchir. Dans l'accouchement par les fesses, le volume de cette extrémité a besoin d'être réduit pour se mouler au détroit abdominal. C'est par la contraction utérine que cet effet se trouve produit. C'est également par l'action de l'utérus que la tête parvient dans la position occipito-postérieure à s'adapter dans le détroit, et que le front arrive à s'engager dans une région du cercle pelvien qui n'est pas en rapport avec sa conformation. S'il existe un avantage dans ces deux présentations, il se trouve dans l'accouchement par les fesse. Les parties qui les constituent ont une mollesse qui leur permet de se façonner à la conformation du canal dans lequel elles pénètrent; tandis que dans la présentation du vertex, le front, partie solide, ne peut pas y entrer, même par le chevauchement des os qui le composent, comme cela a lieu pour l'extrémité occipitale dans la position occipito-antérieure, ne peut pas recevoir une nouvelle forme, pour se prêter à la configuration du demi-cercle antérieur du bassin.

Dans l'une et l'autre parturition, le travail n'est d'abord composé que de douleurs faibles et éloignées, parce que les parties du fœtus, ne pouvant, dès le début, s'engager dans le dé-

troit, n'exerçent aucune pression sur le col et l'orifice uterin. La dilatation de l'orifice ne s'opère le plus souvent que par l'accumulation de l'eau amniotique, qui, seule poussée dès le commencement vers cette ouverture, donne lieu à la formation de la poche. Cette dilatation est longue à se faire et de peu de durée, si les contractions utérines, après la rupture des membranes, ne font pas avancer le fœtus à travers le détroit. Dans cet état, l'orifice, n'étant pas soutenu dans le degré d'ouverture qu'il a acquis, revient sur lui-même, et le peu de dilatation qu'il offre alors fait souvent croire à une rupture prématurée de la poche amniotique.

Si la disposition des parties du fœtus au-dessus du détroit abdominal a une influence trés-grande sur la marche du travail dans l'une et l'autre parturition dès le début ; elle n'est n'est pas non plus sans écueil pour le médecin. La difficulté du diagnostic devient pour lui une cause d'incertitude et d'erreur. L'élevation de la partie qu'on doit explorer permet à peine au doigt de l'atteindre, de la reconnaitre et de juger des rapports qu'elle a avec le bassin. Lamotte avoue s'être souvent trompé sur cette position, et je crois qu'il n'est pas d'accoucheur qui n'ait de nos jours à faire un semblable aveu.

De ces deux espèces de parturition, je n'ai à m'occuper que de celle par le vertex dans les positions occipito-postérieures. Cette espèce d'accouchement a reçu une certaine célébrité, par les discussions qui se sont élevées sur la possibilité de sa terminaison, et par les opinions qui se sont formées sur le mécanisme de l'expulsion et sur les causes qui rendent la sortie du fœtus longue et difficile. C'est sous ces différents aspects que je vais l'examiner, et c'est sur tous les points qui ont été soulevés que j'apporterai la discussion.

Si l'on compare la parturition dans les positions occipito-postérieures à celle qui s'exécute dans les positions occipito-antérieures, il semble au premier examen que l'une et l'autre doivent se passer de la même manière, et s'accomplir avec la même

facilité, car la tête présente au bassin les mêmes diamètres dans les deux espèces. Cependant on découvre de notables différences, si l'on se rappelle les conditions diverses nécessaires à l'exécution de chacune d'elles. Ce sont ces différences que je vais étudier.

Dans les *positions occipito-antérieures*, le plan incliné du col de la matrice, dirigé de haut en bas et d'arrière en avant, donne à la tête une disposition telle, que la grande fontanelle est plus élevée que la fontanelle postérieure, et que la flexion existe depuis longtemps lorsque le travail se déclare. Après que les douleurs ont rendu plus complète cette flexion de la tête sur la poitrine, l'occiput vient répondre à l'un des points du demi-cercle antérieur, par une surface arrondie et étroite. Il glisse d'autant plus facilement qu'il reçoit tout l'effort des contractions utérines. Le front, qui regarde en arrière, a une conformation en rapport avec la région du bassin sur laquelle il est appliqué. D'ailleurs cette conformation ne serait pas aussi parfaite, qu'elle ne nuirait presqu'en rien aux progrès du travail. La direction des forces d'expulsion tend à porter la tête plutôt vers le demi-cercle antérieur du bassin que vers le demi-cercle postérieur. Le frottement de ce côté est peu manifeste ; il est presque tout entier sur la paroi antérieure du pelvis.

Dans les *positions occipito-postérieures*, avant le développement du travail, la flexion de la tête sur la poitrine n'existe pas d'après la disposition du plan incliné sur lequel la tête repose, la grande fontanelle placée en avant est plus abaissée que la fontanelle postérieure, qui regarde en arrière. C'est par l'action de la matrice que le front se relève un peu en avant, et que l'occiput descend et se rapproche du centre du bassin. Pour que la flexion s'opère complétement, il faut que la dilatation du col soit très avancée ; et nous avons dit combien elle devait être longue à se faire. Cette période de l'accouchement est ordinairement celle qui demande le plus de

temps. Après la flexion de la tête et l'arrivée de l'occiput dans l'excavation, le front est appliqué sur la paroi postérieure de la cavité cotyloïde. Sa surface large et applatie rend le glissement plus gêné. Cette difficulté est encore augmentée par la direction des efforts utérins. Les contractions, tout en portant l'occiput en bas, poussent également la tête en avant, et contribuent à accroître la pression du front contre la paroi antérieure du bassin. Les anciens accoucheurs avaient souvent observé cet obstacle à la progression de la tête, et dans les cas où ils le rencontraient, ils croyaient avoir à faire à un enclavement. Levret lui-même a partagé cette erreur, et, devant de semblables faits, il jugeait que la tête était enclavée, quoiqu'il eût cependant la facilité de passer ses doigts le long de l'occiput jusqu'au col de l'enfant. Les modernes n'ont pas été non plus à l'abri de la méprise. Ils ont cru alors, non à l'enclavement, mais bien à un vice de conformation du bassin. C'est aussi l'opinion première que l'on se forme lorsqu'on observe pour la première fois cette espèce d'accouchement. Le défaut de rapport entre la surface de la partie qui se présente et celle de la région du bassin, et la forte pression qui existe entre elles, ne semble alors devoir s'expliquer que par un vice du bassin. Cependant cet obstacle serait souvent vaincu, si la femme n'était pas déjà fatiguée par toutes les douleurs qu'elle a eu à supporter dans le premier temps du travail.

Dès que l'occiput repose sur le bas-fond du bassin, et que le front est arrivé derrière la branche pubienne et ischiatique, cette parturition, par la marche de l'expulsion, peut se confondre avec celle de la première espèce; mais alors elle suit un mode de terminaison qui n'est pas celui que l'on a enseigné dans nos ouvrages classiques. C'est ce mode de terminaison que j'ai toujours noté dans les observations que j'ai recueillies, c'est aussi celui que je vais ici exposer.

L'occiput, parvenu sur le plancher du bassin, ne peut s'a-

vancer, à cause de la résistance que lui oppose le périnée, tandis que le front, placé en avant et dans le sens du diamètre oblique, n'est point arrêté dans sa descente. Aussi est-ce sur cette partie de la tête que les contractions produisent le plus d'effet. Dès l'instant où le front s'est abaissé de manière à offrir les bosses coronales en dehors des branches pubienne et ischiatique, l'occiput a plus de liberté pour se porter en avant, et s'avancer à travers les parties. Mais, dans cette progression, la tête est forcée d'exécuter un mouvement de rotation, pour que ses diamètres soient en rapport avec les diamètres du détroit périnéal et vulvaire. Par ce mouvement, l'occiput vient se placer sur la ligne médiane du détroit, et le front abandonne la position qu'il avait prise et se porte au-dessous de la symphise du pubis. Le front se comporte comme l'occiput dans les positions antérieures. A mesure que la tête s'avance dans la vulve, le front roule au-devant de la symphise pubienne, jusqu'à ce que l'occiput soit dégagé en arrière de la commissure des grandes lèvres. Après cette sortie, l'occiput se renverse devant l'anus, et en même temps on voit se dégager de dessous la symphise du pubis toute la face du fœtus. Si l'on se rappelle comment se découvre la nuque, dans les présentations antérieures du vertex, lorsque les bosses frontales ont franchi en arrière le cercle vulvaire, on pourra se faire l'idée de ce qui se passe ici. Le mouvement de restitution s'opère suivant les lois connues. Pour me résumer, je dirai que dans ce mode de terminaison, les bosses coronales se dégagent les premières, que le mouvement de rotation n'a lieu qu'après leur sortie du cercle osseux périnéal, et que le front, au lieu de remonter derrière la symphise du pubis, roule au-devant de cette symphise, jusqu'à ce que l'occiput ait franchi la commissure postérieure de la vulve.

La disposition de la tête relativement au bassin est dans ces positions la cause principale de toutes les transmutations qui surviennent dans le cours du travail. Aussi n'est-il pas rare de voir une position occipito-postérieure se transformer en présentation

de la face. Le plan incliné sur lequel repose la tête, en maintenant le front plus abaissé dans le détroit que l'occiput, nous explique le renversement de la tête un arrière, lorsque le fœtus est soumis aux contractions utérines, et nous donne la raison de la présence de la face dans le détroit abdominal. L'obliquité antérieure de la matrice favorisera d'autant mieux cette présentation, qu'elle augmentera davantage l'inclinaison du plan sur lequel s'appuie la tête. Une semblable mutation peut survenir au détroit périnéal. Les bosses coronales, en se dégageant les premières, peuvent, au lieu de rester appliquées contre les branches pubienne et ischiatique, continuer de s'abaisser et se porter en arrière, jusqu'à ce que la face soit descendue, et que le menton viennne s'engager dans le détroit périnéal. Dans ce mouvement, l'occiput se relève dans la courbure du sacrum, en se renversant de plus en plus. Je remets à une autre partie de ce Mémoire ce qne j'aurais à dire sur la conversion que la tête subit dans la cavité pelvienne, et sur la transmutation fréquente de ses positions postérieures en positions antérieures.

La plupart des propositions que je viens d'émettre ont besoin d'être démontrées, car elles n'ont pas cours dans les ouvrages de la science. Pour donner plus de valeur aux faits sur lesquels je dois m'appuyer pour les établir, j'aurai soin de rappeler les observations de nos devanciers et de nos contemporains. Dans cette exposition je ne suivrai point une marche méthodique; je présenterai mes remarques dans l'ordre où j'ai observé les faits.

Obs. — Dans le courant de l'été de l'année 1826, je fus prié par M. Lacrosse, aujourd'hui chirurgien de l'hôpital des Quinze-Vingt, de l'assister auprès d'une femme en travail; depuis plus de deux jours le travail s'était déclaré, et depuis 24 heures les eaux s'étaient écoulées. Pour activer les douleurs une saignée avait été pratiquée, et des bains avaient été pris. La femme était primipare. A mon arrivée, la tête était encore au-dessus du détroit abdominal. Le col était largement dilaté. Les douleurs étaient faibles et rares.

C'est à cette cause que nous dûmes attribuer la longueur du travail, car la tête nous paraissait dans une position antérieure. Ce fut seulement vers trois heures du matin, ou sept heures après mon arrivée, que la tête commença à se plonger dans l'excavation et que l'exploration devint plus facile. Nous reconnûmes alors que nous avions à faire à une cinquième position. L'occiput encore assez élevé répondait en arrière et devant la symphise sacro-iliaque gauche. Le front était dirigé en avant et à droite. Les douleurs étaient alternativement faibles et fortes, mais l'énergie qu'elles avaient n'était point en rapport avec le temps du travail. La tête cependant était descendue dans l'excavation vers huit heures, et se maintenait au dessus du détroit périnéal, sans avoir aucune tendance à exécuter le mouvement de rotation ou à se réduire à une autre position, malgré toutes les tentatives que nous fîmes, en agissant sur l'occiput, pour opérer la conversion. Nous espérions que l'accouchement se terminerait spontanément, lorsque vers neuf heures nous reconnûmes qu'à travers la vulve s'écoulaient des eaux, chargées du méconium de l'enfant : le forceps fut donc appliqué, et l'enfant, qui fut extrait, quoique débile, donna presque sur le champ des signes de vie. Le périnée fut seulement endommagé.

La mère s'est bien rétablie. Quinze à dix huit mois après, elle est accouchée pour la deuxième fois, et avec tant de facilité que M. Lacrosse a eu à peine le temps d'arriver pour recevoir l'enfant.

La lenteur du travail que nous avons observée ici est un des caractères de cette espèce d'accouchement. Nous le voyons sans cesse se produire dans les observations de Mauriceau, Lamotte, Smellie, Lachapelle, etc. Mais tous les auteurs se sont expliqués différemment, lorsqu'il s'est agi d'en donner la cause. Madame Lachapelle, dont l'opinion est le plus généralement adoptée, nous indique comme sources des difficultés, *la station du front derrière les pubis, après une rotation que la largeur des surfaces rend difficile ; la nécessité d'un violent abaissement de l'occiput, d'une flexion outrée de la tête, de l'engagement de l'épaule dans le détroit supérieur ; la briéveté du levier sur lequel agit le rachis ; enfin le double mouvement d'arc de cercle nécessaire d'abord, pour le dégagement de l'occiput; puis pour celui du front, dégagement dont le*

premier ne s'opère que par la présentation de tout le diamètre occipito-frontal à la vulve. Aucun des obstacles signalés n'a existé dans notre observation : le mouvement de rotation n'avait point eu lieu, lorsque nous avons été forcé d'appliquer le forceps; la lenteur et la difficulté de l'accouchement s'étaient montrées, dès le début du travail. Sans tenir plus de compte que ne mérite ce fait devant l'autorité de la célèbre sage-femme de la Maternité, nous devons examiner si les observations mêmes qu'elle a recueillies sont en rapport avec l'opinion qu'elle a exprimée; c'est le seul moyen de savoir si elle a puisé cette théorie dans sa longue expérience-

Obs. — La femme ici mentionnée, dit Mad. Lachapelle, était âgée de 29 ans, d'une constitution forte et d'un embonpoint modéré, quoiqu'un peu molle et en apparence lymphatique; ses règles n'avaient paru qu'à l'âge de dix-sept ans; elle en était à sa deuxième grossesse, et arrivée était à terme.

Le 19 avril, à sept heures du matin, elle commença à souffrir; peu à peu on trouva l'orifice dilaté de douze à quinze lignes, ses bords épais mais souples et extensibles, et sa totalité portée vers le côté gauche; l'obliquité de l'utérus vers le côté droit était pourtant à peine marquée. Les membranes, ouvertes depuis deux jours, avaient donné continuellement issue à une petite quantité d'eau; on sentait la tête, mais difficilement, et bien au dessus du détroit abdominal.

Les contractions se succédèrent en augmentant de force et de fréquence, de telle sorte qu'à quatre heures de l'après-midi, la dilatation était complète et la tête engagée dans le détroit. La position devint facile à déterminer: la fontanelle postérieure était au-devant de la symphyse sacro-iliaque gauche, et l'antérieure, beaucoup plus élevée, était derrière la cavité colyloide droite. L'action de l'utérus se soutint jusqu'à six heures du soir. La tête était alors dans l'excavation du bassin et avait franchi l'orifice; dès ce moment, les douleurs se ralentirent et les progrès cessèrent.

Le forceps devint nécessaire, et je l'appliquai. Les deux branches réunies avaient leur bord concave tourné en avant et à droite. Ce bord fut ramené directement en avant par un mouvement de torsion, joint à l'abaissement léger des crochets, et le front se plaça ainsi derrière la symphyse pubienne; en élevant alors les crochets, je fis descendre dans la courbure sacro-périnéale l'occiput,

qui bientôt franchit la commissure des grandes lèvres, en même temps que le front se renfonçait derrière les pubis. Après cela, j'ôtai l'instrument, et les efforts de la mère, aidés de mes doigts appuyés sur le haut du front, firent descendre la face sous l'arcade des pubis Après la tête, les épaules sortirent, la droite en avant et la gauche en arrière. L'enfant cria, à peine extrait; il pesait sept livres, et c'était un garçon. (*Pratique des accouchements*, 2e Mémoire, p. 257).

Il est une réflexion que je dois, avant tout, placer ici, et cette réflexion est fondée sur l'expérience de Madame Lachapelle. Le travail avait commencé avant l'époque assignée. On est autorisé à le penser d'après l'état du col utérin, dont les bords étaient épais, mais souples et extensibles. Cette souplesse du col, coïncidant avec l'épaisseur de ses bords, dénote que déjà une dilatation s'était opérée, qu'il y avait eu formation de la poche des eaux ; mais qu'à la rupture des membranes, la tête n'étant pas assez descendue dans le détroit pour maintenir la dilatation acquise, le col était, pour me servir de l'expression de madame Lachapelle, *retombé* sur lui-même, c'est-à-dire qu'il était revenu à un degré d'ouverture moindre que celui qu'il avait auparavant. Ce premier travail s'est peut-être passé sans que la femme en ait en conscience, mais non sans résultat fâcheux pour la matrice ; car ce n'est pas impunément que son action a été mise en jeu pendant deux jours. La nécessité de l'application du forceps s'est fait sentir avant que la tête ait commencé sa rotation. Ce mouvement n'a été opéré que par le forceps. La théorie est donc ici en défaut, et pour qu'elle soit vraie, l'accouchement aurait dû marcher régulièrement et sans retard, jusqu'au temps de la rotation et de la station du front derrière les pubis.

Cette observation n'est pas la seule qui soit contraire à l'explication donnée. Les deux faits qui la suivent laissent encore moins de doutes sur la valeur de cette théorie ; car dans l'un et dans l'autre, l'application du forceps a

été faitc lorsque la tête était encore dans le détroit abdominal, quoique le travail eût duré, chez la première femme, deux jours, et chez la seconde 24 heures (2e *Mémoire*, *p.* 259 *et* 263.) Dans l'une et l'autre observation, il y avait eu rupture des membranes dès le début des douleurs. Si nous passons à l'observation, que madame Lachapelle a donnée comme un exemple de l'accouchement dc cettc espèce terminé spontanément, nous y trouverons lcs mêmcs objections contre sa doctrinc.

Obs. — Therèse L...t, enceinte de son second enfant et à terme, ayant toujours jusque là joui d'une santé robuste, se rendit à la maison d'accouchement le 4 nivose an 5, à huit heures du soir. L'utérus était fortement oblique à gauche. On toucha, et on trouva le col de l'utérus effacé et l'orifice ouvert de cinq à six lignes. Douleurs faibles pendant soixante heures, après lesquelles rupture spontanée des membranes et écoulement d'une petite quantité d'eau. Six heures après, la dilatation était complète, et l'on put s'assurer de la position de la tête jusque-là méconnue. La fontanelle postérieure occupait presque le centre du bassin ; la suture sagittale montait en avant et à droite ; une branche de la suture lambdoïde marchait vers la courbure du sacrum, l'autre vers l'échancrure sacro-sciatique. On jugea convenable de laisser encore quelque temps agir la nature, et elle opéra l'accouchement peu d'heures après. Il eut lieu par le mécanisme ordinaire, c'est-à-dire, que le front se porta derrière la symphyse pubienne, que l'occiput descendit le long du sacrum et franchit le périnée au moyen d'une flexion violente de toute la tête, et que la face se dégagea de dessous le pubis, par un mouvement contraire, c'est-à-dire, par une extension forcée et un mouvement en arrière. L'enfant était peu volumineux et vivant. (2e *Mémoire*, p. 167.)

A ces observations nous pourrions ajouter celles de Mauriceau, Lamotte, Smellie, Levret, etc. ; mais nous ne ferions que nous répéter, car elles nc serviraient qu'à démontrer ce que les observations de madame Lachapelle ont suffisamment établi. Si néanmoins il arrive que l'accouchement marche avec plus de promptitude, ces cas sont d'hcu-

reuses exceptions, qui n'ont lieu que lorsque la tête du fœtus est petite, ou que le bassin est très-large.

Les causes qui, suivant madame Lachapelle, rendent cette espèce d'accouchement long et difficile, ont été considérées par M. Capuron comme des obstacles que la nature ne peut surmonter pour l'expulsion du fœtus. Suivant le célèbre professeur, l'art doit toujours intervenir. Malheureusement les observations qu'il produit comme preuves de son opinion ne se présentent pas à l'examen avec le même avantage que celles de madame Lachapelle la plupart peuvent être considérées autant comme des exemples de position déviée de la tête que comme des faits de position franche. L'observation suivante que j'emprunte à son Mémoire tiendra lieu de preuve et de développement.

Obs. — En 1817, dit M. Capuron, le troisième jour de la nouvelle lune de septembre, sous le pilier des halles, un accoucheur et une sage-femme étaient depuis long-temps auprès d'une fruitière, jeune, vigoureuse et bien conformée, qui ressentait pour la seconde fois les douleurs de l'enfantement. Le travail était déjà fort avancé; il y avait déjà plus de six heures que les eaux de l'ammios s'étaient écoulées; la tête avait plongé, depuis environ le même temps, dans le bassin de la mère; mais elle y était fixe et serrée, sans qu'on pût trop savoir la cause qui l'empêchait de sortir. On ne pouvait imaginer quel obstacle pouvait s'opposer à l'accouchement, chez cette femme, qui deux ans auparavant avait mis au monde, sans difficulté et dans un temps assez court, un enfant du sexe masculin, dont on avait admiré la santé, la force et le volume.

Appelé en consultation à six heures du matin, je trouvai que les douleurs étaient lentes, mais encore fortes. On me rapporta qu'elles avaient été plus rapprochées et plus énergiques. On avait cru devoir faire une saignée du bras, parce que la patiente était très robuste et que le sang lui montait à la tête. On l'avait mise dans un bain émollient et exposée plusieurs fois à la vapeur de l'eau; mais tout avait été inutile: la tête n'avait point avancé. Je pratiquai le toucher pour vérifier l'état des parties, et je reconnus seulement par la rencontre d'une portion de suture et par l'âpreté du cuir chevelu, que c'était bien la tête et non une autre partie qui se présentait. Je ne pus distinguer aucune fontanelle; ce qui m'empêcha

de préciser la direction de la suture interpariétale à l'égard du bassin de la mère, et par conséquent l'espèce d'accouchement auquel on avait à faire. Le doigt pouvait pénétrer un peu plus librement, et plus avant du côté gauche que du côté droit. La femme se plaignait d'une pesanteur intolérable sur le fondement.

D'après le rapport qu'on me fit des circonstances qui avaient précédé mon arrivée, et d'après l'examen attentif de l'état actuel des choses, je conseillai l'application du forceps. La branche à pivot fut introduite sans peine vers la partie latérale gauche du bassin ; la branche à mortaise éprouva quelque résistance du côté opposé. Nulle difficulté pour les réunir ou les assembler. Quelques tractions assez fortes suffirent pour amener la tête au dehors; le visage était en devant, et la direction qu'il prit vers la cuisse droite, pendant la sortie des épaules, fit voir que la tête s'était présentée à l'entrée du bassin dans la position occipito-postérieure gauche. L'enfant, qui était du sexe féminin, naquit vivant et plein de force ; mais tout le côté gauche, y compris la bosse frontale, l'œil, la pommette, la commissure labiale, était très-gonflé et fortement ecchimosé ; ce qui le rendait hideux et en quelque sorte monstrueux; mais cette difformité, purement accidentelle et due à la longue pression de la tête contre la paroi droite de la cavité pelvienne, avait presque disparu le lendemain. L'enfant continua de bien se porter, et la mère en fut quitte pour quelques lignes de déchirure au périnée. (*Journal hebd. des progrès des siences* etc. t. 1er, année 1834).

Dans cette observation, la nécessité de l'application du forceps s'est fait sentir avant que la tête ait exécuté son mouvement de rotation, et que le front se soit placé derrière la symphyse des pubis. Jusque-là cette observation se confond avec celles de madame Lachapelle. Mais la position de la tête a-t-elle été ici franche, comme dans les observations de la sage-femme de la Maternité ? L'expérience donne le droit d'en douter. Le gonflement et l'ecchymose, observés sur tout le côté gauche du visage, peuvent ne pas être jugés comme le résultat de la compression de cette partie contre la paroi droite de la cavité pelvienne, suivant Chaussier, Me Lachapelle, M. Nægele, etc., une semblable tuméfaction indique la région de la tête qui n'a pas été comprimée, et qui a dû répondre plus ou

moins directement à l'arcade des pubis. Si on adoptait cette opinion, la tête ne se serait pas présentée dans une position régulière. Peut-être même Smellie l'aurait-il considérée comme une des positions intermédiaires favorables à la transformation d'une position occipito-postérieure en présentation de la face. Des doutes naîtront encore, si l'on se demande pourquoi le forceps, si réellement il n'a agi que comme extracteur, a-t-il pu, au moyen de quelques tractions, amener une tête que les contractions de la matrice n'ont pu expulser. Dans l'application du forceps, la tête éprouve des changemens de positions qui, quelque légers qu'ils soient, mettent l'accouchement dans des conditions plus heureuses. Autrement on ne saurait s'expliquer ces faciles extractions, qu'on obtient avec cet instrument, dans les cas où les contractions les plus violentes ne peuvent rien, depuis long-temps, pour l'expulsion du fœtus.

Le mécanisme, que j'ai exposé, diffère notablement de celui qui est généralement adopté. Voici les observations, où j'ai eu occasion de le signaler.

Obs. — Dans la soirée du 15 mars 1831, je fus appelé, rue d'Orléans au Marais, pour accoucher de son premier enfant la femme d'un horloger. Les douleurs existaient, depuis long-temps. Lorsque j'arrivai, il y avait écoulement des eaux, le col était peu dilaté, et la tête assez élevée, pour que l'exploration ne me permit pas de l'atteindre. La dilatation se fit lentement, et plus tard la tête pouvait être bien sentie; mais je ne parvins jamais à préciser sa position. Vers quatre heures du matin, la tête était engagée dans l'excavation, et fortement pressée devant la paroi antérieure latérale gauche du bassin; elle descendait avec difficulté. Je ne pouvais m'expliquer cette progression gênée et laborieuse, que par l'existence d'un vice de conformation, et cette crainte me paraissait d'autant plus fondée, que la surface de la tête, et celle de la région pelvienne, contre laquelle elle s'appliquait, n'étaient point dans des rapports exacts. Il était près de neuf heures, et depuis plus d'une heure, je ne voyais plus de progrès dans la marche du travail. Redoutant que le séjour de la tête, en se prolongeant davantage dans l'excavation, ne devînt une source d'accidents pour

la mère et pour l'enfant, je fis prier M. Velpeau de venir m'assister. A peine le mari fût-il parti, que la jeune dame m'avertit que quelque chose de lourd venait de tomber sur les parties. En touchant, je reconnus la tête. Pour mieux apprécier ce qu'il en était, je découvris légèrement la dame, et dès lors je suivis en quelque sorte du doigt et de l'œil la marche du travail. Le front était devant les branches du pubis et de l'ischium du côté gauche, et à mesure que la tête s'avançait, et que la vulve se dilatait, le front venait rouler en avant de l'arcade des pubis, en même temps que l'occiput se portait vers la commissure postérieure de la vulve, qu'il ne tarda pas à franchir. Par ce dégagement, le front s'éloigna de la symphyse, et la face toute entière se découvrit sous l'arcade. Les épaules s'engagèrent promptement; l'expulsion du tronc fut complette en très peu de temps. La délivrance n'eut rien de remarquable. Le tout était fini, lorsque M. Velpeau arriva. L'enfant du sexe masculin était vivant et bien conformé, il offrait le volume d'un enfant arrivé à terme.

En février 1834, la même dame fut, pour la deuxième fois, prise des douleurs de l'enfantement. Comme elle habitait, dans la rue Mandar, un appartement qui n'offrait aucune commodité pour ses couches, elle prit le parti de se rendre à pied chez sa mère, rue des Francs-Bourgeois Saint-Michel. Pendant le voyage, les eaux s'écoulèrent. Je fus mandé, il était trois heures du matin. Les douleurs étaient faibles et rares, le col était peu dilaté et très élevé. On ne pouvait reconnaître quelle était la partie du fœtus qui se présentait. Ce ne fut qu'à midi, heure à laquelle je revins auprès de la dame, que la tête commença à s'engager dans le détroit abdominal. La grande fontanelle répondait en avant et du côté gauche, l'occiput en arrière et à droite; c'était une quatrième position. Le col s'était abaissé, et offrait une dilatation de la largeur d'une pièce de 30 sous; les douleurs avaient acquis plus de force et de fréquence, mais elles conservaient toujours leur caractère de lenteur et de faiblesse. Lorsque la tête fut bien engagée dans le détroit, je commençai à faire avec la main de légères pressions contre la paroi abdominale en avant et à gauche et immédiatement au-dessus du rebord du bassin, à chaque forte douleur que la femme éprouvait. Par cette manœuvre, exécutée avec tous les ménagements possibles, j'imprimai à la tête un ébranlement qui, l'éloignant de la paroi antérieure latérale gauche du bassin, prévenait ou rendait moindre la compression du front contre cette partie. Une demi heure, ou trois quarts d'heure après, la tête était dans

le détroit périnéal. Comme la terminaison que j'avais observée dans le cas précédent, n'était pas celle qu'on enseigne, je fus très-attentif à tout ce qui devait se passer : la bosse frontale gauche parut sous l'arcade des pubis, celle du côté droit ne tarda pas à se montrer au devant de la branche ischiatique ; la suture répondait au point d'union des branches du pubis et de l'ischion ; à la suite de quelques douleurs, la tête se découvrit davantage, et l'occiput s'achemina vers la commissure postérieure de la vulve ; le front vint se placer sous l'arcade, au devant de laquelle il ne fit plus que se relever, jusqu'à ce que l'occiput eût franchi la vulve. A peine le dégagement fut-il opéré, que la face se montra sous la symphyse des pubis, par le seul mouvement de renversement de la tête en arrière. Le tronc fut promptement expulsé. L'enfant était vivant, et d'un volume ordinaire. Je mesurai sa tête avec le compas d'épaisseur dont les couteliers se servent. Le diamètre bi-pariétal avait un peu plus de trois pouces et demi. Cette étendue est très-rare dans un fœtus qui vient de naître.

Nægele ne s'est pas suffisamment expliqué sur le mécanisme de cette parturition, pour savoir s'il l'a reconnu tel que nous l'avons observé. *Le coronal gauche*, nous dit-il, *est la région qui se trouve tournée vers la vulve, et par laquelle la tête s'engage et franchit au-dehors. Cette position, elle la conserve à mesure qu'elle s'avance de plus en plus entre les grandes lèvres.* (*Archives générales de Médecine, t.* III, 2ᵉ *série*, *p.* 590.) C'est, en effet, le coronal gauche qui se présente le premier sous l'arcade, dans la 4ᵉ espèce de la présentation de la tête ; mais le coronal droit ne tarde pas à s'appliquer contre la branche ischiatique gauche. Lorsque la tête continue de s'avancer à travers les parties, la bosse pariétale gauche est bientôt arrêtée dans sa descente par la branche ischiatique droite. Forcée de glisser contre cet obstacle, elle imprime à la tête un mouvement de rotation plus ou moins parfait, qui porte le front sous l'arcade, en même temps que la bosse pariétale du côté droit se relève et vient se placer sur le même diamètre que celle du côté opposé. Ce mouvement se combine avec celui de la progression de l'occiput vers la commissure postérieure du périnée. Le front, qui, au premier abord, paraît

rentrer sous la symphyse, ne fait réellement que s'y appliquer ; on retrouve encore les bosses frontales devant les branches pubiennes. Le rapport des dimensions de la tête du fœtus, avec celles du bassin de la mère, ne s'oppose point à ce mécanisme de la parturition. En supposant que le diamètre occipito-frontal, qui a quatre pouces, se présente parallèlement au diamètre oblique de l'excavation et du détroit périneal osseux qui conserve encore quatre pouces et quart, l'accouchement sera possible ; mais si l'on se rappelle que l'extrémité frontale a déjà franchi le détroit périneal lorsque l'occiput presse le ligament sacro-sciatique, on se rendra encore plus facilement raison de cette terminaison de l'accouchement. Dans cet examen, on ne voit aucune cause, née de la conformation du bassin et de la tête, qui force le fœtus, avant son entrée dans le détroit périnéal, de se dévier de sa direction première, pour se porter dans un autre diamètre. S'il est vrai que la nature suit le plus fréquemment la marche que lui ont tracée nos devanciers et nos contemporains, il faut avouer qu'elle prend, contre son ordinaire, la voie la plus longue, et exécute, pour l'accomplissement de l'accouchement, le mécanisme le plus compliqué.

Avant d'exposer les motifs de la pratique que j'ai mise en usage dans cette observation, il est besoin de citer un autre fait.

Obs. — Dans la journée du 17 mai 1835, Madame G... fut prise des douleurs pour accoucher d'un premier enfant, arrivé à terme. Dès la veille, il y avait eu écoulement des eaux. Les douleurs étaient faibles et venaient à de longs intervalles. A ma première visite, je ne pus reconnaître la partie du fœtus qui se présentait. Cet état dura toute la journée, jusqu'à minuit. Les contractions avaient alors plus de force et de fréquence ; je fus de nouveau mandé ; la tête était un peu descendue dans le détroit ; mais je ne parvins pas à découvrir la région qui s'offrait la première ; ce ne fut qu'à six heures du matin, et lorsque la tête était bien engagée dans le détroit, que la position fut appréciée. La fontanelle posté-

rieure était dirigée en bas, à droite et en arrière; a fontanelle antérieure était derrière la cavité cotyloide gauche. Il était sept heures lorsque je commençai à exercer de légères pressions sur le côté gauche et au-dessus du corps du pubis. Je renouvellai cette pratique à chaque douleur forte, qui survenait. La tête descendit lentement, et à 8 heures, elle reposait sur le périnée; le front vint se montrer devant les branches pubienne et ischiatique gauches. La bosse frontale gauche, logée dans l'arcade du pubis, commença à se tuméfier, par suite du retard que l'occiput mit à s'avancer. Le mouvement de rotation ne tarda pas à ramener le front sous l'arcade du pubis. L'occiput vint se présenter dans le sens de la commissure postérieure; il continua d'être poussé dans les parties, et à mesure qu'il s'approchait du rebord de la vulve, le front semblait disparaître sous la symphise, en se relevant. A peine l'occiput se fût-il échappé du cercle vulvaire, que la face devint libre, et regarda le ciel, suivant l'expression de Louise Bourgeois. Ce dégagement de la tête des parties sexuelles de la femme m'a paru d'une plus courte durée que dans la position occipito-antérieure. L'occiput présente une surface moins étendue que le front, et exige pour sa sortie une dilatation moins grande. L'expulsion du tronc ne présenta rien à noter; la délivrance fut abandonnée aux efforts de la nature, et s'opéra spontanément. L'enfant était vivant et du sexe féminin. Je mesurai la tête: le diamètre bi-pariétal dépassait trois pouces et un quart. La bosse frontale gauche était tuméfiée et ecchymosée. Le lendemain, cet accident ne laissait que de légères traces. Le tout était terminé à 9 heures du matin.

En parcourant les observations de Smellie et de Levret, j'avaiseu souvent à noter que la tête descendait davantage dans le bassin, toutes les fois que ces accoucheurs, au milieu de leurs manœuvres, lui imprimaient un ébranlement, qui changeait ses rapports (1). D'un autre côté, j'avais vu dans Portal et Leroux, de Dijon, que dans les positions de la tête, la face

(1) En 1744, dit Smellie, j'assistai une dame qui avait coutume d'accoucher toujours avec beaucoup de facilité. Lorsqu'on m'appela, les membranes étaient rompues, et l'orifice de la matrice étaient amplement dilaté; néanmoins la tête avançait très-lente-

en devant, après sa sortie du tronc, l'accouchement était facile lorsqu'on éloignait avec la main la face de la paroi antérieure du bassin. C'est à ces souvenirs que je dois rattacher l'origine de la manœuvre que j'ai pratiquée dans ces deux observations. Cette méthode est trop simple pour avoir besoin d'être expliquée. La pression qu'on exerce sur la paroi abdominale au niveau du corps du pubis et du côté que la face regarde, doit être lente et graduée, et n'être faite qu'à l'instant de la douleur, et au moment où la tête est engagée dans le détroit. Ce sont des règles que la raison justifie. On reconnait que la pression a produit son effet, lorsque le doigt appliqué à travers le vagin sur une partie de la tête, a ressenti l'impulsion qui lui est communiquée. Cette manœuvre peut aussi se combiner avec celle de Clarke. En diminuant le contact de la tête contre la paroi antérieure du bassin, la conversion qu'on tend à opérer, en portant les doigts de l'autre main sur l'une des tempes du fœtus, est rendue plus facile. Jusqu'au temps opportun de l'application de cette méthode, je crois qu'il n'y a rien à entreprendre. Abandonner le travail aux ressources de la nature, ne point fatiguer la femme pour activer la douleur par des saignées, des bains, et des promenades, telles sont les indications à remplir, si on veut que la

---

ment. Enfin trouvant le vertex à la partie inférieure du coccix, et la fontanelle au-dessous du pubis, j'essayai de relever la tête et de tourner le front vers le côté gauche du bassin, mais je ne pus en venir à bout; cependant lorsque je vins à retirer ma main, la tête se trouva chassée encore plus bas par une forte douleur : dans cet instant le vertex refoula le périnée et les parties postérieures, au point de les faire saillir en forme de grosse tumeur. Pour lors le front, la face et le menton se tournèrent de bas en haut vers le pubis, et le vertex remonta en faisant un demi tour pour se dégager de contre le périnée et les parties postérieures. Cet enfant était petit; il n'eut pas plutôt la tête à l'air qu'il se mit à crier, même auparavant que d'avoir le corps dégagé. (t. II, p. 311.)

femme conserve ses forces pour faire valoir plus tard les contractions, lorsqu'elles seront sollicitées.

Des Transformations.

Les positions occipito-postérieures ne continuont pas toujours de se maintenir jusqu'à la fin de l'accouchement. Elles se transforment, dans plusieurs cas, en présentations de la face, ou en positions occipito-antérieures. C'est de ces terminaisons que nous allons nous occuper.

Obs. — Dans la nuit du 16 au 17 septembre 1827, la femme d'un pauvre cordonnier, demeurant rue Tirechappe n. 24, me fit appeler pour l'accoucher de son premier enfant. Le travail, qui s'était déclaré dès la veille par des douleurs faibles et rares, se régularisa à quatre heures du matin ; le col assez élevé avait, à mon arrivée, la largeur d'une pièce de dix sous : la dilatation s'accrut lentement et par degrés. Les membranes s'engagèrent à travers l'orifice, je les rompis, lorsque la poche des eaux vint envahir le vagin. Le liquide ammiotique s'écoula abondamment, et la tête se présenta sur le col, de manière à pouvoir être explorée. La fontanelle antérieure était sentie derrière la cavité cotyloïde gauche, la fontanelle postérieure ne put être bien appréciée, à cause de son élévation. La tête était très-mobile, j'avais pensé qu'après l'écoulement des eaux, elle pourrait se fixer; mais il en fut autrement, elle continua d'exécuter des mouvements dans le sens du diamètre oblique gauche. Les eaux s'écoulèrent par intervalle et à chaque douleur. Après une heure d'attente, je renouvellai le toucher; ma surprise fut grande, lorsqu'au lieu du vertex, que j'avais reconnu, je rencontrai la face placée de manière à offrir le front vers la symphyse sacro-iliaque droite, et le menton engagé dans l'excavation et dirigé vers le trou sous-pubien gauche. J'abandonnai le travail à la nature. La tête s'avança dans l'excavation, et le menton ne tarda pas à paraître sous l'arcade du pubis du côté gauche : se présentèrent successivement à la vulve, le menton, la bouche, le nez, sous l'influence des contractions qui furent alternativement faibles et fortes. Le front et le vertex se découvrirent, et l'occiput, en se dégageant, se renversa devant l'anus. L'expulsion du tronc se fit régulièrement, l'accouchement tout entier était terminé à huit heures et demie. L'enfant

était vivant et du volume d'un fœtus arrivé à son terme. Il est nécessaire d'ajouter que la femme est accouchée 18 mois après d'un enfant qui s'était offert en 4e position, et qu'il n'y a pas eu alors de conversion.

Cette transformation, dont on peut facilement concevoir le mécanisme, s'est souvent présentée. Rarement cette connaissance a servi au médecin, dans les cas embarrassans où la nature n'a pu accomplir entièrement cette conversion. Ce n'est qu'après des tâtonnements et des essais infructueux, qu'on est parvenu comme par inspiration aux véritables indications. Pour mieux développer ma pensée, j'emprunte à madame Lachapelle l'observation suivante : (*t.* 1er, *p.* 453, 3me *Mémoire.*)

Obs. — Jeanne P..., grosse Picarde, âgée de vingt-six ans, très criarde et très pusillanime, était enceinte de son premier enfant, et parvenue au terme naturel le 22 janvier 1820. Ce jour-là les premières douleurs se firent sentir; l'orifice resta longtemps dur et épais, et les douleurs faibles. Le 25, à sept heures et demie du matin, la dilatation se trouva enfin achevée et les membranes s'ouvrirent. Je sentis alors la tête dans la direction suivante : la fontanelle antérieure était au milieu du bassin, la postérieure en arrière et à droite, et la racine du nez en avant et à gauche; le doigt parcourait sans peine tout le front jusqu'aux arcades sourcilières. C'était, comme on voit, une 4e position du sommet imparfaite. Une seule élève se trouvait près de la femme, et ne pouvant la mettre dans une position convenable, ce fut en vain que je tentai de profiter du moment où l'utérus n'était pas encore serré sur l'enfant; en vain je voulus amener l'occiput, en vain j'essayai d'aller chercher les pieds. Bientôt les élèves de service arrivèrent toutes; mais déjà la tête avait franchi l'orifice utérin : Je ne pouvais donc plus aller chercher les pieds. Après avoir mis la femme en travers sur le bord de son lit, je portai la main gauche sur l'occiput; mais il me fut impossible de le faire descendre et de redresser la tête : j'y travaillai pendant la douleur, puis pendant le calme, et toujours inutilement; je tournai alors mes vues d'un autre côté; je glissai la main droite le long de la face, et j'appuyai mes doigts recourbés sur le menton : la face descendit un

peu; mais elle remontait dans l'intervalle des douleurs, sans doute à cause de l'élasticité des parties génitales. Les mêmes efforts répétés plusieurs fois parvinrent à amener la face dans un plan tout-à fait horizontal, et dans une situation telle que le front répondait à droite et en arrière, et le menton à gauche et en avant. On la voyait entre les lèvres de la vulve.

Les douleurs étaient fortes et fréquentes, mais courtes. Chacune produisait un petit mouvement qui poussait horizontalement le menton vers le pubis; bientôt il occupa l'arcade, et le front, distendit le périnée. La bouche se trouvait entre les nymphes, qui n'étaient ni déployées ni tendues, ni déformées. La langue s'avançait de temps en temps et annonçait que l'enfant vivait, quoique depuis plusieurs heures ses mouvements n'eussent pas été sentis par la mère.

Cependant la tête restait là: P..., épuisée et craintive, se refusait aux efforts qu'on exigeait d'elle; parfois même son découragement était tel qu'il fallut lui permettre de toucher de la main la face de son enfant, pour la convaincre qu'il était au passage. Un peu rassurée; alors, elle poussa plus vigoureusement, et au moment où je me faisais apporter le forceps, (neuf heures), le front se dégagea au-devant du périnée, et le reste du crâne suivit la même route, pendant que le menton s'élevait un peu au-devant du ligament triangulaire des pubis. Une seule secousse fit sortir le reste de l'enfant. Le périnée bien soutenu resta intact, et les nymphes conservèrent leur première forme, quoique la vulve eût d'abord paru fort étroite, et qu'elle n'eût dans le principe formé sur la face qu'un anneau de la forme et des dimensions d'un petit œuf de poule.

L'enfant a crié sur-le-champ, il était fort gros.

Cette transformation ne s'opère pas seulement au détroit abdominal ou dans l'excavation, elle a lieu encore dans le détroit périnéal. Cette dernière transformation est le plus souvent l'œuvre de l'art. Je n'ai pas encore eu l'occasion de l'observer. Smellie nous fournit un fait où il n'est pas permis de la révoquer en doute.

Obs — En 1749, nous apprend-il, j'accouchai, en présence de mes élèves, une de ces pauvres femmes qui se soumettent à

leur instruction. Les membranes s'étaient rompues, le soir précédent, et elle avait eu pendant toute la nuit des douleurs très-fortes et très-fréquentes. Lorsqu'on m'envoya chercher, le lendemain matin, je sentis quelque chose qui me parut être le *vertex* descendu jusqu'au fond du bassin; du reste cette femme était à peu près dans le même état qu'une autre dont j'ai parlé *recueil* 25, art. 1, ob. 1re. Or, il arriva dans ce cas-ci que nous nous trompâmes tous sur la vraie position de la tête de l'enfant; car mes élèves et moi, nous crûmes tous que la tête étant aussi basse qu'elle l'était, le front devait être tourné en arrière contre l'extrémité inférieure de l'os sacrum, et que c'était parce que la tête était considérablement allongée que nous ne pouvions trouver ni le front ni les oreilles. En examinant par-dessous l'arcade des pubis, nous nous trompâmes encore tous par rapport aux sutures, en prenant pour la fontanelle antérieure, qui était située en arrière vers l'os sacrum, la fontanelle postérieure des anciens, qui se trouve au concours de la suture sagittale avec la suture lambdoïde. En conséquence, je dis à tous les assistants que, la tête étant descendue aussi bas, et que l'accouchement étant retardé par la faiblesse des douleurs, il était plus expédient pour la mère et pour l'enfant de délivrer avec le forceps, d'autant plus encore que je me comptais presque assuré du succès sans danger ni pour l'un ni pour l'autre, étant certain d'ailleurs que comme elle s'était tiré fort vite et avec assez de facilité de ses autres couches, il ne devait pas y avoir dans celle-ci d'autre obstacle que sa faiblesse et peut-être encore la grosseur de son enfant, plus considérable qu'à l'ordinaire; en quoi ce même enfant pouvait être en danger de périr, si l'on différait plus long-temps les secours que je me proposais de lui donner. En conséquence, je fis mettre la malade dans la même posture, et j'appliquai le forceps de la même manière que dans le cas mentionné ci-dessus, puis je tirai doucement à chaque douleur; et pour lors, comme la malade était découverte en faveur de mes élèves, qui avaient besoin de voir la manœuvre de cette opération, je me trouvai fort étonné de voir que ce que j'avais pris pour l'occiput qui se dégageait de dessous les os pubis, à mesure que je tirais, n'étaient point couverts de cheveux, mais bien, au contraire, à nu et fort uni. J'introduisis mon doigt pour voir où j'en étais, et pour lors je reconnus que nous nous étions tous trompés à l'égard de la position de la tête. En effet, je sentis la racine du nez et les sourcils au-dehors du pubis. Néanmoins, voyant que la tête était si avancée, je crus qu'il était plus à propos d'en continuer l'extraction sur le même pied que je l'avais commencée.

sur quoi je me déterminai de tirer doucement, avec cette différence cependant qu'au lieu de tirer en relevant, comme j'avais fait jusqu'alors, afin de dégager la tête de dessous les os pubis, je tirai plutôt en baissant, afin de dégager le front et la face de dessous ces mêmes os. En effet, ces parties se dégagèrent par degrés, moyennant ces précautions; puis, lorsque j'eus ainsi dégagé le menton de dessous les os pubis, je relevai les manches du forceps vers la face; je fis remonter la tête en tirant, et je vins à bout de la délivrer en procédant conformément aux principes que j'ai indiqués pour les cas où se présente la face. La femme ne fut point du tout blessée. A l'égard de l'enfant, il avait la tête fort allongée; mais, du reste, il n'y avait ni contusion, ni même aucune marque du forceps. (t. II, p. 541.)

La conversion des positions occipito-postérieures en positions occipito-antérieures a lieu fréquemment. Elle peut s'opérer au détroit supérieur et dans l'excavation. Je ne connais pas d'observation où elle se soit faite dans le détroit inférieur, lorsque la tête y est déjà à moitié engagée. Dans ces cas, l'accouchement, qui avait conservé, jusqu'au temps de la conversion, les caractères propres à la parturition de la 4e ou 5e espèce, prend après ceux qui sont particuliers à l'espèce dans laquelle il est réduit. Aussi un accouchement qui d'abord avait été lent et difficile, devient-il prompt, et se termine-t-il avec rapidité. La raison est ici d'accord avec les faits. Dans beaucoup de cas où le diagnostic n'a pu être établi, peut-être serait-on en droit de supposer un semblable changement, lorsqu'à des douleurs faibles et rares ont succédé des contractions fortes et fréquentes, se maintenant jusqu'à la terminaison du travail. Une des conditions les plus favorables à cette conversion est sans contredit la persistance de la poche amniotique. Maintenant il nous reste à exposer les faits.

Obs. — Le 9 mars 1837, je fus appelé à neuf heures du soir, quai de la Mégisserie, pour accoucher une jeune dame de son second enfant. Le premier accouchement avait été très-prompt; la

bonne conformation du bassin me rendit raison de cette facile parturition. Les douleurs, qui s'étaient développées depuis quelques heures étaient faibles et rares; le col était peu dilaté et aurait à peine pu admettre l'extrémité du doigt; des glaires s'écoulaient de la vulve; on pouvait reconnaître à travers la partie antérieure du col la tête, à sa forme arrondie et à sa dureté. Je patientai jusqu'à minuit, pour répéter le toucher. L'orifice avait plus de dilatation et de molesse; je pus alors toucher la tête à travers les membranes et reconnaître la suture sagittale, et en ramenant le doigt en avant et à gauche le long de la suture, je parvins à la fontanelle antérieure, bien reconnaissable à sa forme quadrangulaire; la fontanelle postérieure était trop élevée pour que je pusse arriver jusqu'à elle. A deux heures, je me confirmai par une nouvelle exploration des parties, dans l'opinion que la position était occipito-postérieure droite. Comme les douleurs étaient toujours lentes et rares, je me retirai, en recommandant au mari de m'envoyer chercher lorsque la poche des eaux se serait déchirée. A 7 heures, je fus de nouveau mandé, non point parce qu'il y avait écoulement de liquide amniotique, mais à cause des douleurs qui poursuivaient la femme depuis plus d'une heure. Je trouvai que la poche des eaux plongeait profondément dans l'excavation. Comme l'orifice était largement dilaté, je pris le parti de rompre les membranes; la tête s'était avancée dans l'excavation, mais elle ne reposait pas encore sur le plancher du bassin; l'occiput répondait à droite et en avant, et la fontanelle antérieure, que je reconnus pour être la même que j'avais explorée auparavant, était en arrière et à gauche. Le travail continua de marcher avec rapidité; la tête, en franchissant la vulve, vint présenter l'occiput à droite et en avant et le visage en arrière vers le côté interne de la cuisse gauche de la mère. L'épaule gauche se plaça sous les pubis, en même temps que l'épaule droite vint se développer vers la commissure postérieure de la vulve. Ce dégagement se fit lentement. L'expulsion du tronc n'eut rien de remarquable. La délivrance fut seulement compliquée d'une perte légère. L'enfant était vivant et bien conformé. L'accouchement était entièrement terminé à 9 heures.

La conversion a dû s'opérer au moment où la tête était encore dans le détroit abdominal. C'est dès cet instant, que les douleurs ont changé de nature : de faibles et de rares qu'elles avaient été jusqu'à six heures, elles sont devenues fortes et

fréquentes. Ce qu'il y a de certain, c'est que cette conversion n'a pas eu lieu sur le bas-fond du bassin ; car le doigt pouvait parcourir librement cette région inférieure et ses parties latérales. Nægele ne conteste pas non plus la possibilité de cette mutation à cette hauteur. Quant à ce qui s'est passé en mon absence, l'observation suivante nous en rendra raison. Parmi les faits rapportés par Me. Lachapelle, je l'ai choisie, comme étant celui où les phénomènes ont dû être les plus saillants, à cause de la position inclinée du front dans le détroit.

Obs. — Le 6 février 1821, dit la célèbre sage-femme de la Maternité, je touchai le soir à la salle des accouchemens, une femme nommée Th***, âgée de trente ans, enceinte pour la cinquième fois, et en travail depuis une heure et demie.

Les élèves m'avaient annoncé que la tête s'offrait dans la deuxième position du vertex. Loin d'en sentir les caractères, je fus d'abord singulièrement dérontée ; mais, recueillant peu à peu mes idées, et procédant au toucher avec ordre et méthode, je me rendis un compte très exact de la position. La fontanelle antérieure occupait le centre de l'excavation, le front pouvait être senti jusqu'au nez et aux orbites, lesquelles parties étaient derrière l'éminence ilio-pectinée gauche ; la suture frontale était très sensible, la sagittale ne l'était pas moins, et je la suivis assez haut, jusqu'à la fontanelle postérieure, que je trouvai bien plus haute que l'antérieure et au niveau de la symphise sacro-iliaque droite. En pesant bien toutes les expressions de ce détail, on se rendra un compte exact de la position ; la tête n'était, comme on voit, qu'à moitié engagée dans l'excavation, et les membranes étaient encore entières : il n'y avait rien de mieux à faire qu'à attendre.

La marche du travail fut suivie avec soin. Une heure après mon examen, mademoiselle Hucherard, élève principale de l'hospice, trouva que le front s'était tourné vers le côté gauche du bassin, *en se relevant un peu*, de manière à rendre plus accessible la fontanelle postérieure et à mettre le synciput au centre.

La position était devenue tout-à-fait transversale ; la tête s'était enfoncée un peu davantage dans l'excavation, et on sentait l'oreille gauche derrière la symphise des pubis ; la dilatation était complète.

La tête resta là près de deux heures ; après quoi, le front se trouva en arrière *en se relevant encore*, de manière à correspondre

à la symphise sacro-iliaque gauche et à rapprocher beaucoup du centre la fontanelle postérieure. Les membranes se rompirent peu après, et le mouvement horizontal propre à la deuxième position s'opéra graduellement. Quand l'occiput se fut enfoncé dans l'arcade, le dégagement s'opéra sans difficultés et à la manière ordinaire; le périnée un peu endommagé dans les accouchemens précédents, prêta aisément sans rupture. Le travail avait en tout duré cinq heures. L'enfant était vivant et pesait six livres. Le bassin de la mère était très ample.

Les phénomènes ici exposés devaient être plus évidents que ceux qui ont pu se développer dans l'observation que j'ai recueillie. L'abaissement du front était porté plus loin que dans une position régulière. Aussi le relèvement devait-il être plus marqué. Le mouvement d'élévation s'est combiné avec celui de la réduction. L'un et l'autre ont commencé dans le détroit abdominal, et n'ont été complets que dans l'excavation pelvienne. Si cette parturition n'a pas été de plus longue durée, c'est que les dimensions du bassin ont permis à la tête de s'engager de suite dans le détroit abdominal, et que la conversion, favorisée par la conservation des membranes, a commencé presque dès le début du travail. Pendant que cette double réduction s'opérait, il se passait un autre mouvement, dont la raison permet d'établir l'existence : Je veux parler du déplacement des épaules, et de la rotation que le tronc a dû éprouver pour se mettre dans les rapports conformes à la nouvelle position de la tête. C'est peut-être à cette cause, qu'on doit attribuer l'espèce d'arrêt que le travail a présenté, lorsque la tête est devenue transversale. M^e. Lachapelle a négligé de noter dans quel sens l'occiput a été porté par le mouvement de restitution. D'après l'observation que j'ai recueillie, l'occiput a dû se diriger vers l'aine droite de la mère, et la face regarder le bord interne et postérieur de la cuisse gauche. C'est aussi l'opinion qui ressort des recherches de Nægele. Les épaules ont dû par conséquent suivre le mouvement de la tête. L'épaule droite s'est portée à droite et en arrière, vers l'extrémité du

diamètre oblique, et l'épaule gauche en avant et à gauche. Si le tronc était resté étranger à la rotation de la tête, si les épaules avaient continué de rester, la gauche en arrière et à gauche, vers la symphise sacro-iliaque, et la droite en avant et à droite, l'occiput aurait dû se tourner à sa sortie en arrière et à droite, et la face regarder l'aîne gauche de la femme ; ce qui n'a jamais été signalé que comme une exception très rare.

La conversion des positions occipito-postérieures en positions occipito-antérieures, qui s'exécute dans l'excavation et sur les plans inclinés du bassin, est trop généralement connue pour que, dans son histoire, il soit besoin d'observations particulières. Etudiée par Smellie, admise par Solayrès et Baudelocque, elle s'est offerte si souvent à Nægele que cet auteur ne peut concevoir autrement la 2ᵉ espèce d'accouchement par le vertex. Suivant le professeur de Heidelberg, cette conversion a eu toujours lieu lorsque la position de la tête, à la sortie du bassin, est occipito-antérieure droite. La tête, arrêtée par la résistance que lui opposent les plans inclinés formés par la moitié inférieure du sacrum, le coccix, les ligaments sciatiques, cesse d'avancer dans la direction première. L'occiput s'éloigne peu-à-peu de la symphise sacro-iliaque droite, pour venir se placer en travers et vers la branche de l'ischion droit, et se fixer insensiblement vis-à vis le trou sous-pubien droit, Le front, qui primitivement était en avant et à gauche, se trouve à la fin de cette rotation devant la symphise sacro-iliaque gauche.

Cette conversion est-elle aussi fréquente que le prétend l'accoucheur allemand? Est-il vrai que tous les accouchements terminés en 2ᵉ espèce, ou position occipito-antérieure droite, ne sont que le résultat de la conversion de la position occipito-postérieure droite? Ce qui doit diminuer la confiance qu'on a accordée aux paroles de Nægele, c'est qu'il prétend que cet accouchement se fait aussi facilement que celui qui a lieu par la position occipito-cotyloïdienne gauche ; qu'il n'est pas nécessaire pour l'accom-

plissement de cette parturition que les douleurs soient plus fortes, que la mère fasse de plus grands efforts, ni que les rapports respectifs entre le volume de l'enfant et la largeur du bassin soient plus favorables que par la première espèce. Cependant nous avons vu combien était long et difficile l'accouchement commencé dans la position occipito-postérieure, et de quelle inertie la matrice était frappée dès le début du travail. Cette lenteur n'est pas seulement attestée par un seul accoucheur; mais bien par tous ceux qui se sont occupés de la science. Ce n'est qu'avec beaucoup de temps et de douleur, nous disent les écrivains, que marche cet accouchement. Nous avons démontré que c'est surtout dans les deux premières périodes du travail, que toutes les difficultés se montraient; il n'y a point d'exception dans le cas de la conversion, jusqu'au temps où la réduction s'est effectuée. Pourquoi n'en serait-il pas ainsi dans les observations de Nægele, si réellement il y a primitivement une position fronto-cotyloïdienne droite? Pourquoi l'accouchement ne conserverait-il pas les caractères propres à la position occipito-postérieure, tant que cette position se maintiendrait, et jusqu'à la descente de la tête sur les plans inclinés du bassin, lieu où s'opère la conversion. Cette discussion nous entraînerait trop loin. Bornons-nous à rapporter une observation de Me. Lachapelle, dans laquelle l'accouchement a conservé son caractère propre, malgré les conditions les plus favorables à une parturition prompte, soit de la part de la mère, soit de la part du fœtus.

Obs. Une femme forte et vigoureuse, d'une constitution et d'un tempérament bilieux, était dit cette Sage-femme, en travail pour la deuxième fois, lors qu'elle arriva à l'hospice : c'était dans le mois d'août 1804.

Elle souffrait depuis environ neuf heures, et ses douleurs étaient devenues plus vives et plus rapprochées. Elles se reproduisaient de dix en dix minutes, et duraient environ deux minutes chacune.

Les élèves touchèrent après moi cette femme, et trouvèrent comme moi la dilatation complete, les membranes entières, la tête assez

haute et placée dans la quatrième position ; on reconnaissait parfaitement les quatre angles de la fontanelle antérieure au-dessus de la région cotyloïdienne gauche. La suture sagittale descendait de là en arrière et à droite ; mais la poche des eaux empêchait de sentir la fontanelle postérieure, qui devait être plus basse que l'antérieure. Malgré mes défenses, une élève voulut trouver les deux fontanelles; elle appuya le doigt vers le milieu de la poche et la rompit. L'eau sortit avec violence et en grande quantité. Cet effort fit descendre la tête dans l'excavation, et le diagnostic put être aisément confirmé. Cependant les douleurs se ralentirent beaucoup; trois heures après elles se réveillèrent un peu. Pour en profiter davantage, je fis mettre la femme en travers sur le bord du lit; je fis, sur le bord antérieur du périnée, des pressions méthodiques, qui excitant le ténesme, accroissaient l'intensité des efforts de l'utérus et des muscles volontaires. La femme poussait de tout l'effort dont elle était capable; la tête avançait un peu et nous attendions que le front se portât sous le pubis ; nous suivions du doigt appliqué sur la fontanelle antérieure le mouvement rotatoire ; mais au lieu d'avancer nous la vîmes bientôt se porter en arrière. En deux contractions la rotation fut complette, et la tête se trouva dans la 2e. position. Elle ne tarda pas à sortir après avoir, par une rotation nouvelle surajoutée à la première, porté la face dans le sacrum et l'occiput dans l'arcade. Une fois sortie, la tête tourna spontanément la face contre la cuisse gauche de la mère. L'épaule se dégagea en avant, et le reste sortit ensuite sans difficulté.

L'enfant pesait cinq livres : il était faible. Il y avait une grosse tumeur sur le pariétal et le frontal gauche : tout cela s'est dissipé. La mère en a été quitte pour une rétention d'urine qui, pendant quatre jours seulement a nécessité le cathétérisme, (1). (Pratique des accouch. T. 1er P. 163.)

---

(1) Cette espèce d'accouchement est une de celles qui exposent le plus la femme au prolapsus de la matrice ou du vagin. Aussi le temps des couches réclame-t-il plus de soins et de précautions ? La femme ressent longtemps une sensation de pesanteur sur les parties : c'est par le repos dans le lit, qu'on arrive le plus souvent à la dissiper. Ces accidents m'ont paru être les mêmes, soit que l'accouchement se soit terminé sans conversion, soit qu'il soit réduit à une autre position dans le cours du travail,

Observations sur les Résections, et particulièrement sur celles des os du métacarpe, du métatarse et des phalanges; par le Dr. GRENET, *aide-chirurgien à l'Hôpital-Général de Hambourg* (1).

Au milieu des découvertes nombreuses dont la chirurgie s'est enrichie dans ces derniers temps, il est extraordinaire qu'en Allemagne surtout on ait donné si peu d'attention aux résections des articulations malades. Plusieurs de nos chirurgiens les plus distingués ont parlé avec défaveur de cette opération, et il n'y a encore qu'un petit nombre d'entre eux qui l'ait pratiquée; chose nécessaire cependant pour porter un jugement rationnel. Convaincu que je suis de l'utilité des recherches de ce genre, j'ai eu le désir de publier les faits que j'ai pu observer à l'hôpital de Hambourg. Je m'en servirai aussi pour discuter brièvement les cas qui réclament la résection.

Dans le cours des quatre dernières années, vingt résections ont été pratiquées à l'Hôpital-général par le docteur Fricke. Trois fois l'opération fut pratiquée sur le genou (une seule fois avec succès); une fois sur la partie moyenne de l'humérus, une fois sur les condyles de cet os, deux fois sur le coude, une fois sur les deux os de l'avant-bras, une fois sur la clavicule. La résection d'une partie de la mâchoire inférieure fut pratiquée deux fois; enfin on eut recours une fois à celle d'une partie de la troisième côte. Toutes les autres opérations furent faites sur les os de la main et du pied. Sur vingt opérés, six moururent; douze guérirent, l'un d'eux voulut sortir de l'hôpital avant sa guérison complète, enfin un der-

(1) *Zeitschrift für die gesammte medicin.* et *Dublin. journ. of the med. science.* July 1837. Trad. par A. Godin.

nier malade se trouve encore dans le service et ne laisse aucun espoir.

Parmi les résections, celle du genou seulement, malgré quelques expériences favorables, paraît ne pas devoir rester dans la pratique, et dans aucun cas elle ne pourra avoir d'applications étendues. Aussi, si quelqu'un, s'appuyant sur des expériences connues, parvenait à réfuter les objections qu'on a opposées à cette opération, (difficulté de la cicatrisation des plaies après la résection, danger plus grand que dans l'amputation, persistance de l'affection des parties molles après son emploi, etc.) il resterait encore fort douteux qu'on pût obtenir de la résection du genou un résultat assez parfaitement heureux pour montrer son utilité. En effet, si l'union des parties se fait avec rapidité, on peut se demander si une jambe de bois ne serait pas plus utile au malade qu'un membre fortement raccourci et ankylosé dans le genou. A la vérité, on a observé une fausse articulation à la place du genou; mais cette circonstance est rare, et l'on ne pourrait que plus rarement encore espérer de voir, comme dans le cas relaté par Jœger, le malade guérir presque sans raccourcissement; le plus souvent au contraire la maladie nécessitant l'ablation d'une longueur considérable de l'os, il resterait un raccourcissement très-fâcheux. D'ailleurs l'objection tirée de la plus grande longueur du traitement après la résection mérite d'être prise en considération, surtout au genou et chez les personnes d'une mauvaise constitution; car souvent il se passe un temps fort long avant que les malades puissent se servir de leur membre. D'un autre côté, cette résection est peut-être moins difficile que les autres, et offre plus de sécurité; on ne court aucun risque d'être arrêté par l'hémorrhagie ou de blesser les nerfs.

Deux des trois malades qui subirent cette opération à l'hôpital de Hambourg, succombèrent; l'un de fièvre hectique, le deuxième avec des signes de résorption purulente peu après

l'opération La troisième cas qui réussit, nous fortifia dans l'opinion que nous avons émise sur le peu d'avantage de la résection du genou, alors même que le malade guérit.

OBS. Ire.—Une fille âgée de huit ans souffrait depuis un an d'une tumeur blanche scrofuleuse du genou. Il se forma successivement de la suppuration et des abcès. L'examen fit reconnaître une carie évidente des surfaces articulaires. Pendant plusieurs jours il y avait eu de la fièvre hectique. Après l'opération dans laquelle les extrémités articulaires furent enlevées dans une étendue considérable, et qui fut terminée très-rapidement, l'enfant se rétablit, bientôt les os se rapprochèrent peu à peu, et le fémur et le tibia finirent par former une tige solidement unie. L'extrémité plus courte que l'autre de près de deux pouces est fortement amaigrie en raison du retard de la cicatrisation, et bien que la santé soit aussi bonne que possible, le membre est complètement raide, de la hanche à la cheville du pied.

Le résultat de cette opération est donc aussi favorable qu'on pouvait l'espérer, et cependant, à l'aspect du membre, on ne peut s'empêcher de penser que l'amputation aurait laissé la malade dans des conditions plus favorables. Si d'un côté nous pouvons attribuer à l'affection scrofuleuse la lenteur de la guérison qui se fit attendre un an, d'un autre, il faut avouer que lors même que la malade eût joui d'une santé parfaite, et que la lésion du genou eût consisté dans une simple blessure, le raccourcissement et l'ankylose auraient été les mêmes, et par conséquent le résultat définitif de la résection tout aussi peu avantageux. Nous partageons donc l'opinion des chirurgiens qui ont rejeté la résection du genou; quant aux autres résections, outre les arguments dont nous avons parlé et qui ont été mis en usage contre l'emploi de cette opération dans les grosses articulations et surtout au genou, on s'est efforcé de prouver, pour les proscrire en masse, que la plaie serait toujours fort considérable, que l'activité de l'organisme devrait être élevée à un très-haut point pour déterminer une reproduction organique, tandis que les individus soumis à

l'opération étaient pour la plupart très-affaiblis et n'avaient pas de forces suffisantes pour résister. Le cas précédent prouve cependant que pour que cette opération réussisse, il n'est pas besoin d'une grande force de la part du malade ; il est d'ailleurs bien connu que ce sont les sujets les plus faibles qui supportent le mieux les opérations. On ne peut davantage objecter que la carie contr'indique l'opération, c'est un argument qu'on pourrait tout aussi bien opposer à l'amputation. D'ailleurs la cause morbifique ne peut-elle pas s'être épuisée elle-même dans sa manifestation ? Le fait suivant, qui a trait à une résection de l'humérus, vient tout-à-fait à l'appui de cette opinion.

Obs. IIe.—Une paysanne âgée de dix-sept ans, d'habitude complètement scrofuleuse et qui pendant son enfance avait été attaquée de scrofule sous diverses formes, fut, par suite de la même prédisposition, affectée de carie à l'humérus droit après une légère contusion du bras. Peu-à-peu toute l'épaisseur du bras fut cariée, si bien que, vers la puberté, la continuité de l'humérus était presqu'entièrement détruite et qu'on pouvait presque plier le bras à angle droit; les mouvements volontaires, l'usage de la main étaient devenus impossibles. Les souffrances étaient excessives. Il semblait toutefois que les périodes de développement de la diathèse scrofuleuse étaient arrivées à leur terme; aussi l'opération fut couronnée du plus brillant succès. Les parties cariées situées dans le tiers supérieur de l'humérus furent enlevées et la cicatrisation se fit parfaitement bien, quoique avec lenteur, en raison de l'altération très-considérable des parties molles avant l'opération. Par cette résection, la malade a non-seulement conservé le bras, mais encore ce membre est en quelque sorte revenu à son état normal, tous ses mouvements et ceux de la main s'accomplissent sans difficulté; il peut même servir à porter de légers fardeaux.

Néanmoins, dans quelques circonstances particulières, la carie semble plus que toute autre chose contr'indiquer la résection; à un degré plus élevé elle ne permet pas même l'amputation. On voit en effet assez souvent après l'amputation d'un membre affecté de carie, cette maladie se reproduire

sur un autre os. Mais cette récidive est bien plus fréquente encore après la résection, parce qu'on ne peut toujours déterminer avec exactitude si l'on enlève toute la partie malade. Cela toutefois doit s'entendre seulement des caries produites par une affection générale, ou du moins survenues par une cause occasionnelle chez des individus cachectiques.

Lorsque, au contraire, la carie se développe chez un sujet d'ailleurs bien portant quoique faible, et surtout lorsqu'elle est consécutive à une blessure, la résection parviendra à conserver à l'état normal un membre dont l'amputation et l'extirpation auraient été nécessaires pour sauver la vie du malade.

Une des résections les plus importantes est sans nul doute celle du coude. C'est ici surtout qu'un raccourcissement modéré a peu d'inconvenient, et l'ankylose est rendue moins fâcheuse par la demi-flexion dans laquelle on place le membre après l'opération. L'un des opérés dont l'affection promettait un résultat heureux, mourut malheureusement de résorption purulente; un autre sujet malingre, cachectique, dont l'état laissait peu d'espoir de succès, recouvra parfaitement au bout de six mois, l'usage de son bras, et quelque temps après il se passait quelques mouvements dans le coude.

Le cas suivant, analogue à un fait publié par le docteur Fricke dans le 1er volume de ses *Annales*, a été suivi d'un égal succès.

Obs. III. — Ahlers, plombier, homme dans la force de l'âge, tomba sur le sol d'une hauteur considérable et se fractura comminutivement les os de l'avant bras vers leur partie moyenne. Une blessure des parties molles à bords déchirés et fortement contus permit d'enlever des esquilles; il fallut même l'agrandir pour faire l'ablation de quelques autres fragments osseux. Quelques jours après, la couleur de la plaie semblait annoncer une gangrène imminente; on s'opposa au développement de cet accident par des moyens appropriés, mais bientôt un écoulement considérable de pus de mauvaise nature, et la fièvre hectique amenèrent le malade aux portes du tombeau. La fracture n'était point consolidée, les

fragments chevauchaient les uns sur les autres. L'amputation pratiquée sur le bras faisait perdre au blessé son membre le plus utile, sa main droite: on dût lui préférer la résection des deux os de l'avant bras, malgré le peu de chance que, dans l'opinion de plusieurs chirurgiens, devait laisser la faiblesse du sujet. La plaie extérieure située peu favorablement fut élargie; l'isolement des os et surtout celle des fragments inférieurs présenta beaucoup de difficulté. On en extirpa deux pouces. Les surfaces osseuses ainsi rafraichies furent rapprochées; l'on appliqua un bandage propre à prévenir leur écartement. La fièvre hectique cessa peu de temps après l'opération, et bien que le traitement consécutif eût offert beaucoup de difficultés et nécessité une attention infatigable, le malade guérit en 11 mois. Les os s'étaient fortement consolidés, les plaies des parties molles avaient pris un aspect favorable; le malade pouvait remuer librement la main, tous les doigts; le coude, le bras, de 21 lignes plus court que celui du côté opposé, était aussi émacié. Après sa sortie de l'hôpital, Ahlers fit usage de bains de drèche, de bains de tripes et autres de même genre. Au bout de 15 mois il ne pouvait encore travailler avec le bras opéré. Aujourd'hui il s'en sert aussi aisément et aussi bien qu'avant la blessure.

On ne fit qu'une fois la résection d'une côte.

Obs. IV—Le malade âgé de 42 ans, d'habitude phthisique, portait au voisinage des côtes supérieures du côté gauche, une tumeur dont la cause occasionelle avait été un coup porté sur le thorax. Au moment de l'entrée du malade à l'hôpital elle avait environ le volume d'un œuf de pigeon. Il s'écoula un pus de mauvaise nature à l'incision de cette tumeur et l'on put reconnaître à sa base, à près d'un pouce de distance du cartilage, une carie de la troisième côte, superficielle et entourée de substance osseuse non altérée. Le sujet n'étant pas fortement affecté de la poitrine, on résolut la résection de la partie cariée. L'opération réussit, il se forma des granulations de bonne nature, mais alors survint une violente exacerbation de phthisie, et le malade succomba subitement pendant l'expulsion d'une vomique, avant la cicatrisation complète de la plaie.

Les résections des os des doigts et des orteils sont des opérations plus simples que les précédentes et se pratiquent sur des parties dont l'ablation complète n'a pas un inconvénient comparable à celle des membres en totalité; cependant, aux yeux des Chirurgiens, elles auront plus d'importance que celles-

ci. L'hôpital de Hambourg a offert un grand nombre d'occasions de les pratiquer et, presque dans tous les cas, les résultats ont été favorables. La résection des os du métacarpe et du métatarse, surtout pour des caries, quoique bien connue, n'a cependant été pratiquée qu'un petit nombre de fois. Textor et Fricke ont seuls pratiqué cette opération, et à ce qu'il semble, plus fréquemment pour des cas de caries que pour des luxations irréductibles de ces os. Il est à peine nécessaire de faire remarquer combien il est important pour les artisans de conserver tous leurs doigts et surtout leur pouce. Combien n'en voit-on pas qui, privés de quelques-uns de ces organes, sont en même temps privés de leurs moyens d'existence. A la suite de l'amputation d'un doigt ou d'un orteil, il reste fréquemment une difformité permanente de la main ou du pied qui, seule et indépendamment de la perte de la partie, rend impossible au malade un grand nombre de mouvements. C'est très souvent une contraction permanente des tendons extenseurs, même de ceux des doigts jusqu'alors parfaitement libres, qui vient empêcher de compléter l'un des mouvements les plus importants, celui de flexion de la main.

Voici les observations de résections de ces os, qui ont été pratiquées à l'hôpital :

Obs. V — J. Wohlshlæger, âgé de 21 ans, cordonnier d'Altona, quelque peu scrofuleux, entré le 4 mars 1833 ; environ 3 semaines auparavant, s'était piqué avec une alène au voisinage de l'articulation, entre le premier métacarpien et la première phalange du pouce. Il y eut peu de douleur, et la plaie sembla se cicatriser. Peu de temps après survint une violente inflammation de la main et de l'avant bras, qui au moment de l'admission du malade était à son plus haut degré. Au bout de quelques semaines cependant elle diminua, mais ne disparut point complètement. Cet état persista sans beaucoup de changement jusqu'au milieu de l'été, époque où, pendant une violente exacerbation, la tumeur s'ouvrit spontanément et permit de constater une carie des surfaces articulaires, qui en peu de jours fit de rapides progès.

Le 12 juin, on entreprit la résection de la partie malade. La plaie déjà existante fut agrandie en haut et en bas, d'un quart de pouce, une incision moins longue la croisa à angle droit en passant exactement sur la face dorsale de l'articulation. Les quatre lambeaux furent disséqués et relevés, les muscles, détachés du premier métacarpien par deux incisions qui rasèrent cet os, on put alors passer autour de lui la scie à chaîne au moyen de laquelle on fit l'ablation de la tête. La surface de l'extrémité métacarpienne de la première phalange fut enlevée de la même manière. Les deux os furent alors mis en contact, les quatre lambeaux abaissés et réunis, et comme en raison du raccourcissement du pouce ces lambeaux étaient trop longs pour le recouvrir, on en retrancha d'un côté une petite languette avec des ciseaux. L'incision longitudinale fut réunie par la suture entortillée. La main fut placée sur un coussin et couverte d'une vessie remplie de glace : l'opération avait duré vingt minutes.

Vingt heures après on supprima la vessie : le jour suivant les ligatures furent retirées. L'incision longitudinale était cicatrisée dans une étendue considérable ; mais l'incision oblique, quand on eut ôté le bandage, était tout-à-fait béante. On la réunit de nouveau avec un emplâtre agglutinatif, et on remplit légèrement de charpie le reste de la plaie.

Le 16 juin, le gonflement et la douleur ont entièrement disparu; la suppuration est bien établie, des granulations commencent à s'élever du fond de la plaie. Dès lors le traitement fut simple. Pour maintenir le pouce dans la meilleure position possible, on le fixa sur une petite compresse graduée avec des bandelettes agglutinatives; un bandage autour de la main, et une écharpe pour recevoir le bras assujettirent le tout. Au commencement de juillet le malade remuait déjà le doigt quelque peu ; à la fin du mois, il pouvait serrer avec force un corps placé entre l'indicateur et le pouce. Les mouvements augmentèrent peu à peu, et jusqu'au moment de sa sortie, qui eut lieu le 1er septembre, il se rendit utile dans la maison. Le pouce n'était à peine plus court que celui du côté opposé. Nous l'avons revu dernièrement ; il se sert de la main opérée et de son pouce avec presqu'autant d'aisance et de dextérité que de la main droite.

Obs. VIe. — Godfried Herolt, fabricant de pipes, âgé de vingt-deux ans, entra à l'hôpital le 2 décembre 1833. Le matin même il s'était blessé le pouce gauche avec une hache. La plaie s'étendait obliquement de dedans en dehors à la face dorsale de ce doigt, si-

tuée en partie sur le métacarpien, en partie sur la première phalange ; longue de deux pouces et demi, elle pénétrait jusqu'à l'os dont elle avait blessé le périoste. L'hémorrhagie s'était arrêtée, il n'y avait presque point de gonflement ni de douleur, les mouvements du pouce pouvaient se faire. Cependant et malgré le repos il se produisit une énorme tuméfaction du pouce et de toute la main, qui, en peu de jours, s'étendit à l'avant-bras dont les mouvements actifs devinrent impossibles. Si l'on essayait d'en communiquer au pouce, on déterminait la douleur la plus violente. La plaie avait un mauvais aspect, saignant au moindre contact et fournissant du pus de nature défavorable. Des abcès qui se formaient sur le dos et sur la paume de la main rendirent des incisions nécessaires ; la santé s'altéra ; il survint des paroxysmes fébriles. Le stilet fit facilement reconnaître une carie des extrémités articulaires de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce.

La résection se fit à peu près de la même manière que dans le cas précédent ; toutefois au lieu d'une scie à chaînette, le chirurgien fit usage d'une petite scie étroite. Avant qu'un mois se fût écoulé, le malade remuait assez bien le pouce, et ces mouvements aussi bien que la force avec laquelle il pouvait serrer un objet placé entre l'indicateur et le pouce s'accrurent bientôt considérablement ; la plaie avait un bon aspect. Au bout de cinq semaines, le raccourcissement était d'environ un demi-pouce. Dans le mois de mars, il sortit guéri, et put se servir, pour les occupations de son état, de son pouce opéré, aussi bien que de celui du côté droit.

Obs. VIIe.—L. F. Schulke, âgé de vingt-trois ans, du Hanovre, ouvrier cordonnier, entra le 22 janvier 1834. Sept jours auparavant, il s'était blessé en travaillant avec une alène, entre le métacarpien et la première phalange de l'index du côté gauche. Il retira l'instrument et continua son travail ; mais bientôt après il survint une si violente inflammation de la main qu'il fut obligé de réclamer nos soins. A son entrée, le gonflement était considérable, le voisinage de l'articulation extrêmement douloureux. Il existait à la place où l'alène avait pénétré une petite plaie triangulaire ; tout mouvement volontaire était impossible.

En dépit du traitement approprié, le gonflement et la douleur augmentèrent. Il se forma des trous fistuleux dans la paume de la main. Le stylet fit reconnaître une perforation et une carie du point lésé ; la pression faisait écouler par la plaie un liquide de

mauvaise nature mêlé de synovie. La fièvre devint très-forte ; l'opération était donc nécessaire. La plaie extérieure fut agrandie par en haut dans le deuxième espace inter-osseux. Inférieurement il ne fut pas nécessaire de l'agraudir. Des incisions profondes séparèrent les ligaments au niveau de l'articulation malade qui, par ce moyen, fut complètement mise à découvert du côté radial de la main; d'autres incisions à la partie supérieure de la première dénndèrent de tous côtés le métacarpien dans l'étendue nécessaire; les parties molles furent séparées de l'os à l'aide d'une spatule, et les extrémités articulaires détachées avec une petite scie étroite et enlevées dans une longueur d'un quart de pouce en tout. La torsion fut employée pour arrêter le sang qui s'écoulait de plusieurs artères. L'opération dura quinze minutes. La plaie fut remplie de charpie, et l'on prescrivit des applications froides.

Quelques jours après l'opération, il y avait encore une réaction trop forte ; mais bientôt apparurent une suppuration et des granulations de bonne nature. Quarante jours après l'opération, le malade pouvait remuer un peu le doigt. Les os étaient suffisamment rapprochés; le raccourcissement n'était guère que d'un demi-pouce. Au bont de cinq semaines, la plaie avait repris sa couleur, les mouvements du doigt étaient encore très-bornés; mais ils s'étendaient un peu chaque jour. A partir de ce moment la guérison marcha très-lentement; on recommanda au malade de remuer le doigt, ou l'employa à faire des frictions et à d'autres légères occupations.

Il resta de la sorte assez long-temps à l'hôpital, et y fit usage des douches de vapeur qui redonnèrent beaucoup de mouvement à son doigt. Au mois de mai il sortit et reprit son travail.

Obs. VIIIe. — G.-W. Schiebeck, de Postdam, âgé de trente-trois ans, cordonnier, entra le 29 septembre 1836. Ce malade, d'apparence cachectique, avait été attaqué de diverses formes de scrofules dans sa jeunesse. Depuis neuf mois il se plaignait de douleur et de gonflement du ponce gauche, et attribuait ces accidents à une corde dont il s'était fortement entouré le doigt à cette époque. Pendant long-temps il avait été traité comme malade externe. A son entrée, l'inflammation était considérable. il y avait sur la première phalange et le côté externe du pouce gauche uno petite ouverture arrondie, d'où sortait une grande quantité de pus clair, mal lié; le stylet faisait reconnaître une carie des surfaces de l'articulation métacarpo-phalangienne.

La résection fut pratiquée le 1er octobre. Une incision d'un pouce

de longueur passa directement sur l'articulation entre le premier métacarpien et la première phalange ; le pouce fut alors fortement fléchi, de manière à séparer les extrémités osseuses autant que possible ; puis on les scia avec soin à l'aide d'une petite scie étroite. Les os furent alors rapprochés sans effort l'un de l'autre, et la plaie fut fermée avec des bandelettes emplastiques dans le but de s'opposer à l'écartement de ses bords. Dans ce cas, les plaies se cicatrisèrent avec beaucoup de lenteur en raison de l'exfoliation d'un fragment assez étendu de la première phalange. Au bout de trois mois, on laissa le malade partir, selon son désir, bien que le pouce n'eût pas encore aussi complètement repris ses usages qu'on eût pu le désirer.

Obs. IX. — F. Sandon, âgé de quatorze ans, fils d'un paysan de Winsen, jouissant habituellement d'une bonne santé, fut admis à l'hôpital le 3 juin 1835. Six mois auparavant, sans aucune cause connue il avait été pris de rougeur et de gonflement au pied gauche, surtout dans la direction du gros orteil. Depuis peu il s'était formé sur cet orteil une ouverture au fond de laquelle on avait reconnu une carie de l'articulation de la première avec la deuxième phalange. Les parties molles n'avaient que peu souffert ; depuis plusieurs mois le malade ne pouvait se servir du pied gauche sans éprouver de violentes douleurs à la plante de ce pied. Un abcès fistuleux survenu à la fesse retarda l'opération jusqu'au 5 avril. La plaie fut agrandie au-dessus et au-dessous de l'articulation, dont les os furent mis à nu par cette incision. Toute l'articulation était cariée ; la lésion portait sur les deux phalanges, mais principalement sur la deuxième. Les os furent isolés des parties molles environnantes dans l'étendue d'un pouce, les téguments coupés, puis la tête de la première phalange enlevée avec une scie fine. La portion malade de la deuxième phalange fut sciée de la même manière, après quoi la plaie fut remplie de charpie sèche. L'opération avait duré un quart d'heure. Le pied fut alors appuyé dans le lit contre une espèce de semelle ; de la charpie fut placée sous les orteils et surtout sous les deux premiers. Une suppuration de bonne nature s'établit bientôt. Le premier appareil fut enlevé au bout de cinq jours. Pour mettre plus en contact les surfaces réséquées, on plaça aux côtés interne et externe du gros orteil deux petites attelles qu'on fixa sur l'ongle avec un emplâtre agglutinatif. Cet appareil tiré et assujetti sur le dos du pied, rapprocha presque complètement les deux phalanges. Le pied conti-

nua à rester fixé sur la semelle, tandis qu'un bandage circulaire placé sur la jambe empêchait les mouvements des muscles. En outre, l'indocilité du malade nécessita un bandage de toile qui resta à demeure sur le membre. Au bout de cinq semaines, l'opéré pouvait se tenir debout et se promener. La plaie était cicatrisée, sauf une étendue peu considérable, maintenue béante par la nécrose d'une petite portion d'os; avant que ce fragment nécrosé ne fût détaché, le malade, qui marchait fort bien sans aucun accident, sortit à la demande de ses parents.

Obs. X.—J. Jostingmeyer, âgé de 29 ans, ébéniste, fut admis le 14 janvier 1835. 12 ans auparavant cet homme, jusque là d'une bonne santé, fut atteint, par suite de la pression d'une botte, d'un gonflement de la plante du pied droit qui prit graduellement une étendue assez considérable pour l'empêcher de se livrer à ses occupations et pour lui causer pendant la marche ou la station de violentes douleurs. Au toucher, la tumeur semble formée de deux parties dont l'une appartenant aux parties molles, a une consistance pâteuse analogue à celle d'une tumeur melicérique, peu tendue; elle peut se mouvoir avec la peau, tandis que l'autre partie, dure, pointue, est immobile sur l'os auquel elle est unie. C'est une exostose de la première phalange du gros orteil dont elle suit les mouvements.

Le 18 janvier, la résection est pratiquée : deux incisions elliptiques cernent la tumeur dont elles servent à détacher la partie charnue. Les parties molles qui entourent l'articulation sont alors écartées, les os isolés, l'articulation traversée; l'extrémité métacarpienne de la première phalange est enlevée avec la petite scie, puis la tête du métacarpien lui-même. La plaie est remplie de charpie, le pied placé sur une semelle et un épais gâteau de charpie placé sous les orteils et surtout sous le premier.

L'examen des parties reséquées fit reconnaître une destruction de la tête de la première phalange accompagnée d'une remarquable dégénérescence du cartilage. En peu de jours, il s'établit une suppuration louable et en 4 semaines la plaie était parfaitement cicatrisée. Mais vers cette époque une portion nécrosée du métacarpien se sépara; delà un retard dans le travail de cicatrisation. Six semaines après le malade put se tenir debout, l'articulation métatarso-phalangienne conserva ses mouvements; le 8 avril il put sortir de hôpital.

Obs. XI.— Scharrenback, journalier âgé de 56 ans, entra le 20 février 1835. Il se plaignait d'une tumeur molle, élastique, située dans le voisinage et sur le côté de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil, laquelle rendait la marche fort difficile et lui causait continuellement de vives douleurs. La tumeur, qui devait son origine à la pression d'un soulier, fut ouverte à l'entrée du malade et il s'en écoula une matière claire de mauvaise nature; on reconnut une carie de l'articulation.

Le 29 février, on agrandit en haut et en bas l'ouverture de l'abcès; par ce moyen on mit à découvert les parties à reséquer, les os furent ensuite isolés, l'articulation divisée complètement, et l'extrémité de la première phalange, puis celle du métacarpien coupées à l'aide de la petite scie. Quelques jours après l'opération, la plaie se gangréna à sa surface; cet accident n'eut cependant pas de suite, et il se forma bientôt des bourgeons de bonne nature. 12 jours plus tard, un abcès se forma dans le voisinage de l'incision, sur le côté interne du gros orteil. Les parois du foyer se rapprochèrent au bout de quelque temps, mais la guérison en fut retardée de beaucoup. Vers la fin de la troisième semaine le malade put se lever et marcher.

Les cas que nous venons d'exposer prouvent suffisamment ce que nous avons dit plus haut : à défaut de la résection, il eût fallu pratiquer l'amputation ou la désarticulation. Cinq fois sur sept l'opération réussit. Le sixième malade était presque guéri, quand sa sortie fut demandée, et le septième sortit soulagé. Dans ce cas toutes les parties cariées n'avaient pas été enlevées, ou bien il existait dans l'os, sain en apparence, le germe de l'affection qui récidiva spontanément après l'opération : peut-être que si les os eussent été réséqués quelques lignes plus haut, la carie n'eût point reparu, et que l'opéré eût guéri en même temps que les autres. Dans les quatre cas où la résection fut pratiquée sur la main, les plaies furent cicatrisées et les os solidement réunis en cinq semaines et demie; au bout de sept semaines, les trois malades chez lesquels le traitement réussit parfaitement bien, étaient en état de travailler. L'un des malades chez lesquels le pied fut le siége de la

résection, dut être soumis à une seconde opération au bout de cinq semaines, un deuxième au bout de dix semaines, en raison d'un fragment nécrosé qui se séparait lentement et avec difficulté. Quant au troisième opéré chez lequel un vaste abcès du pied vint former une complication fâcheuse, il marcha cependant en moins de quatre semaines.

Ces observations de résection des phalanges des os du métacarpe, du métatarse, permettent de réfuter d'une manière satisfaisante, l'objection tirée de la grande longueur du traitement aprèsl'opération. Nous avons vu quelques-uns de ces cas, (le second et le troisième), tellement compliqués d'altérations du tissu cellulaire et de la peau, et dans une si grande étendue, qu'aux yeux de plusieurs personnes ce devait être une contre-indication à la résection. Eh bien! peu de jours après l'opération, l'aspect des parties molles s'améliora; la suppuration devint louable, et il ne survint pas le plus léger accident. Le raccourcissement a été en outre beaucoup moindre dans le membre opéré, qu'on eût pu le craindre d'après la longueur totale des parties osseuses enlevées; il a toujours été moins considérable, moitié moindre dans le plus grand nombre de cas, d'un tiers moindre seulement dans quelques autres.

Nous avons déjà parlé des avantages qui résultent pour le malade du succès de la résection; nous ajouterons seulement ici, que les opérations pratiquées sur le pouce sont les plus importantes; les blessures sont en effet très fréquentes au voisinage de l'articulation métacarpo-phalangienne de cet organe, et la raideur qui y reste après l'opération merite peu d'attention, en raison du peu de mobilité dont cette articulation jouit même à l'état normal. Les objections qu'on oppose aux résections en général, telles que la difficulté de les pratiquer, les lésions qu'on fait éprouver aux parties molles, les souffrances intolérables des malades, etc. ne peuvent raisonnablement

avoir aucune valeur dans les résections dont il s'agit en ce moment. Elles sont plus longues à la vérité que l'amputation de quelques doigts, mais n'est-ce point là une raison de peu d'importance en comparaison de la conservation du membre? D'ailleurs dans le deuxième cas qui, en raison des graves lésions des parties molles, demanda de grandes précautions, l'opération dura, y compris l'application du bandage, 26 minutes. Ce fut la plus longue; dans le premier cas, 20 minutes, dans les deux autres 15 minutes suffirent au chirurgien. Les résections des os du pied durèrent de 10 à 15 minutes au plus. Tous les malades supportèrent fort bien ces opérations et ne donnèrent pas de signes de souffrance plus grands que ceux qu'on voit d'ordinaire en pareille circonstance. Les parties molles, les tendons, les vaisseaux et les nerfs purent être ménagés sans beaucoup de difficultés ; on eut soin que le bistouri longeât les os et suivît cette direction de manière à ne léser aucune partie importante. Dans aucun cas, nous n'avons vu ni parties molles déchirées venant s'interposer entre les parties réséquées après l'opération, ni accidents nerveux, etc. Il nous semble même que la résection dans laquelle on laisse intactes les parties doit offrir moins de dangers qu'une autre opération dans laquelle on les divise. Les causes déterminantes des accidents nerveux de ce genre nous sont encore inconnues, mais ce qui est évident d'après l'étude des faits précédents, c'est que ces accidents ne sont pas plus à craindre ici qu'après les autres opérations.

Notre troisième observation soulève une question : dans ce cas, la surface articulaire du métatarse était saine et sans lésion ; était-il besoin d'en faire l'ablation? Gooch, Cooper et d'autres chirurgiens qui ont pratiqué cette résection pour des *luxations*, n'ont enlevé qu'une extrémité osseuse. Il semble cependant plus avantageux d'avoir deux surfaces osseuses rafraîchies en même temps, que de rapprocher en partie une sur-

face de cette espèce d'un corps hémisphérique recouvert d'une synoviale et d'un cartilage. Pour que dans cette supposition les deux os puissent se réunir, il faut d'abord qu'il s'opère un changement à la surface de l'extrémité articulaire, circonstance qui retarde d'autant la cicatrisation, sans s'opposer en rien à l'ankylose. Dans la méthode que nous conseillons, le racourcissement sera d'ailleurs peu considérable, puisqu'il suffira d'enlever une très petite portion de la tête restée saine.

Jœger (*Dictionnaire de Chirurgie de Rust*) donne les indications suivantes pour l'application de la résection aux extrémités des os métacarpiens, métatarsiens et des phalanges :

1° Luxations irréductibles des doigts et des orteils, et surtout celles du pouce, du gros orteil ou des phalanges;

2° Fractures compliquées des os du métacarpe et du métatarse;

3° Carie et ostéosarcome de ces os, bornés à leurs extrémités, pourvu que les phalanges des doigts ou des orteils ne soient pas altérées.

Nous adoptons aussi ces indications qui, seulement, ne nous paraissent pas suffisamment étendues ni assez clairement posées. Pourquoi les fractures compliquées des phalanges, fractures qui plus souvent que toutes autres réclament l'opération, ne sont-elles pas rangées dans la seconde indication, aussi bien que celles du métacarpe et du métatarse?

L'expression de fracture compliquée demande aussi une définition plus précise. Il paraît que Jœger veut ici parler des cas dans lesquels il y a lésion des parties molles, en même temps qu'un fragment de l'os est chassé à l'extérieur, détaché de ses connexions et déplacé complètement de manière à ne pouvoir être remis en place et à nécessiter l'ablation. Mais pourquoi cette méthode ne serait-elle pas suivie pour les phalanges aussi bien que pour les autres os? Il n'est pas indifférent surtout de perdre une partie quelconque des doigts, ne fût-ce

que la moitié d'un de ces organes. Nous modifierions donc ainsi cette indication : « Dans les fractures compliquées des os du métacarpe, du métatarse, et des phalanges, dans lesquelles une partie de l'os séparée et déplacée ne peut être rendue à sa situation normale.

La troisième indication ne nous semble pas non plus suffisamment claire et détaillée. Si Jœger veut dire que l'opération doit être pratiquée dans le cas où la carie est bornée à une partie de l'articulation ou à une portion peu étendue de l'os (que ce soit au métacarpe, au métatarse ou aux phalanges), nous entrons pleinement dans ses vues, bien que nous eussions désiré que cette intention eût été exprimée avec plus de détails. Nous pensons en effet que, lorsqu'il s'agit du pouce, la résection doit être mise en pratique dans les cas même où la carie a envahi le tiers de l'os. Quelque considérable que soit le raccourcissement, la conservation de cet organe, même ainsi mutilé, est de grande utilité. Si, au contraire, l'auteur pense que l'opération ne doit être pratiquée que dans le cas où la carie est bornée à l'articulation, nous ne savons sur quoi pourrait se baser cette opinion d'ailleurs réfutée par nos observations. Nous poserons donc la troisième indication de la manière suivante : — « Dans les cas de carie et d'ostéosarcome des os du métacarpe, du métatarse et des phalanges, quand l'affection ne s'étend pas au-delà du tiers de la longueur de ces os.»

Si la maladie des os a plus d'étendue, on peut à peine espérer la réunion dans les cas ordinaires. Quand cependant on a enlevé le tiers de chacun des deux os, il n'y a pas grand inconvénient à ce qu'immédiatement après la résection on ne puisse les mettre en contact ; il se forme alors des bourgeons charnus qui finissent par se joindre et par constituer une réunion solide.

Les contre-indications peuvent être déduites des indications, et sur ce point nous nous accordons parfaitement avec Jœger :

ce sont les cas où les fractures ou la carie affectent la totalité de l'os. Il faut seulement remarquer que dans les fractures nous reséquons les portions déplacées des os, et que nous nous efforçons d'obtenir la réunion de celles qui restent en place, bien que, peut-être, elles soient le siége de fractures comminutives. A la main et au pied, l'affection des parties molles est rarement de nature à s'opposer à l'opération.

Relativement à ses difficultés, cette résection peut tenir le milieu entre l'amputation et la désarticulation. Elle ne demande pas de préparation particulière. Lorsque l'opération doit se pratiquer sur la main, le malade place commodément le membre sur une table suffisamment haute, à côté de laquelle on le fait asseoir. Lorsqu'il s'agit du pied, le malade doit être couché sur une table. Le chirurgien a besoin de deux aides; un troisième rend l'opération plus facile et plus rapide. Indépendamment des modifications que réclame chaque cas en particulier, l'opération peut être divisée en trois temps.

Premier Temps. — Incision des parties extérieures. — S'il existe déjà une plaie ou une incision quelconque, il faut s'il est possible en profiter. Il est rarement nécessaire de faire une incision de plus de deux pouces; d'un autre côté, elle ne doit jamais avoir plus de 15 lignes. Une incision un peu trop longue est du reste préférable à une incision trop courte; de la sorte les parties mieux découvertes ont moins à craindre les contusions et les déchirures. L'incision longitudinale est suffisante, nous avons reconnu l'inutilité de l'incision cruciale employée dans le premier cas. On tord immédiatement les artères qui donnent du sang.

Second temps. — Tandis que les aides éloignent les parties molles et les repoussent en arrière avec leurs doigts ou des spatules, l'opérateur isole les os en donnant tout à l'entour des petits coups de bistouri, puis il traverse l'articulation qui dans beaucoup de cas est déjà ouverte et la divise complétement.

Troisième temps. — Les deux extrémités osseuses sont sou-

mises l'une après l'autre à l'action de la scie, puis enlevées avec des tenailles ou des pinces, pendant que les parties molles sont écartées et convenablement mises à l'abri des instruments. Le Dr Fricke emploie ordinairement des petites scies étroites; on ne peut nier que pour le chirurgien habitué au maniement de cet instrument, l'opération ne soit beaucoup plus facile et plus rapide; l'on épargne au patient les douleurs violentes que déterminerait le passage de la scie à chainette, ou l'application d'autres scies compliquées qui compriment fortement les parties molles (nous n'avons pas la scie de Heyne). On enléve ensuite le sang qui recouvre la plaie, on rapproche sans effort les extrémités des os, on remplit lâchement de charpie l'incision et le membre opéré qu'on place sur un coussin. Après avoir essayé dans deux cas la réunion de la plaie par première intention, nous y avons encore renoncé, ce mode de pansement ne faisant que retarder la cicatrisation en compliquant inutilement l'opération. En général, on a fait pendant 24 heures des applications froides et dans les cas où les parties molles déja amincies étaient décolorées, des applications aromatiques. Il n'a jamais été nécessaire de continuer le froid pendánt plus de 24 heures.

Les instruments nécessaires pour l'opération consistent dans des bistouris ordinaires, de petites scies montées qui doivent être faites avec soin, être suffisamment élastiques et ne pas avoir trop de longueur, des pinces à torsion, des pinces ordinaires, une paire de tenailles incisives pour enlever les rugosités et les pointes des os, enfin, quelques spatules.

Dans aucun cas, avons-nous dit, il n'est survenu d'accidents fâcheux. Le temps le plus désagréable de l'opération est le maniement toujours difficile de la scie, parce que d'une part la trop grande flexibilité de cet instrument ne permet pas de tracer aisément la voie, et que de l'autre l'étroitesse de l'espace et la petitesse de l'os forcent à agir à l'aide de petits coups secs et répétés.

Le pansement et le traitement consécutifs demandent la plus grande attention et beaucoup de prévoyance ; nous avons déja dit qu'il n'était pas nécessaire que les os fussent parfaitement rapprochés, ce qui d'ailleurs ne pourrait se faire de prime-abord sans de grandes difficultés et peut-être sans compromettre le succès de l'opération, surtout dans les cas où les portions réséquées seraient considérables. Il faudrait alors exercer de trop grandes tractions pour atteindre ce but, rempli plus aisément par les bourgeons charnus qui viennent bientôt couvrir les surfaces osseuses. L'appareil n'est qu'une simple bande pendant les 24 ou les 48 premières heures ; après quoi, on le remplace par un autre. Pour achever la cure, le chirurgien doit s'attacher aux indications suivantes : mettre à couvert la plaie, modifier ses conditions vitales; rapprocher sans violence les surfaces osseuses, et enfin prévenir l'écartement des parties molles, s'opposer aux mouvements du membre et le garantir de toute influence fâcheuse.

La première indication est des plus faciles à remplir, sauf les cas de complication ; c'est le traitement des plaies qui suppurent. La deuxième est plus difficile ; nous avons essayé dans la plupart des cas de la remplir après 24 ou 48 heures au moyen d'un appareil particulier. De petites attelles longues sont appliquées sur les deux côtés ou sur les faces supérieure ou inférieure de la première phalange, où elles sont fixées avec un emplâtre adhésif ; en même temps un aide les tire peu à peu, et rapproche ainsi les surfaces osseuses l'une de l'autre ; alors l'autre extrémité des attelles est assujettie sur l'articulation du pied ou de la main, au moyen d'un morceau de diachylum. D'abord on doit resserrer chaque jour l'appareil en rendant la traction plus forte ; puis on le resserre tous les deux jours ; au bout de quinze jours ou de trois semaines il est devenu inutile. Dans les résections du pied, le plus souvent il n'est point nécessaire de faire usage d'attelles. Une semelle, des coussinets de charpie serrés, quel-

ques bandelettes agglutinatives, dont la partie moyenne est placée sur le bout de la phalange, tandis que leurs extrémités sont tirées et assujetties vers le talon, atteignent suffisamment le but proposé. Au contraire, à la main, les attelles offrent le plus grand avantage, et l'on peut, avec assez de raison attribuer, en partie, à l'abandon de cet appareil, l'imperfection du résultat obtenu dans notre quatrième observation. Il est évident en effet, que dans un organe, en quelque sorte isolé comme le pouce, il est de la plus haute importance, alors que, par la résection de l'articulation, il a perdu ses points d'appui, de lui en fournir au moyen d'un appareil approprié; une simple bande roulée est tout à fait insuffisante. Dans la seconde observation, le pouce étant fort long et les parties molles fort lacérées, pour donner un point d'appui plus solide, on plaça sur les attelles de petites lames minces de bois et l'appareil entier fut assujéti par des circulaires de bandelettes agglutinatives. La troisième indication se trouve remplie en même temps que la seconde; pour aider encore à son accomplissement, on met le pied et la jambe sur une coussin résistant et bien garni; la main et le bras doivent être placés sur une attelle coudée à angle aigu de manière à ce que la main se trouve plus élevée que le coude. Dans la résection du pouce, nous faisons reposer la paume de la main sur un rouleau de linge; dans celle des autres doigts la main devra reposer par sa face dorsale sur un coussinet de charpie. Dans la résection du pied, nous employons une semelle, comme nous l'avons déja dit, et nous assujettissons le membre dans une position convenable en l'entourant de bandes et d'un drap plié en plusieurs doubles.

De L'Hydrosudopathie, *ou Système thérapeutique basé sur l'action combinée de l'eau froide et de l'excitation de la perspiration cutanée ; par* Louis **Fleury**, *Chirurgien interne des Hôpitaux, membre de la Société Anatomique, etc.*

Dans les montagnes de la Silésie Autrichienne, à égale distance de Glatz et de Neiss, à dix huit cents pieds au-dessus du niveau de la mer, dans un vallon fertile, d'où la vue s'étend au loin sur un admirable paysage, se trouve un petit hameau de dix-sept feux, dont les premiers habitans appartiennent à la génération qui s'éteint. Il y a quelques années encore, le voyageur ou l'artiste qui aiment à parcourir les sites pittoresques des montagnes, s'arrêtaient seuls, pour réclamer une hospitalité jamais refusée, dans cette petite colonie de bergers et de cultivateurs. Leur nom était à peine connu dans la ville située à six cents pieds au-dessous, à la base du roc qui suspend sur sa tête ces quelques cabanes. Aujourd'hui la ville, qui s'appelle Freiwaldau, n'est plus qu'une succursale du hameau : Græfenberg est le rendez-vous des princes de l'Allemagne, de voyageurs accourus de toutes les parties du monde ; Græfenberg va détrôner Carlsbad, Ems, Baden-Baden ! Son nom est dans toutes les bouches, les poëtes le chantent dans leurs vers, et le facile enthousiasme de nos voisins germaniques en fait le sujet de nombreux ouvrages, dont les éditions se succèdent avec profusion.

Cette renommée si rapidement acquise est l'œuvre d'un simple paysan, que le hazard, autant peut-être que l'observation, a conduit à former un établissement médical dont les moyens d'action paraitront sans doute bizarres, bien que par le fond ils reposent sur l'application large et régularisée de deux puissan-

ces thérapeutiques, trop méprisées de nos jours, l'eau froide et l'excitation de la perspiration cutanée.

On lira peut-être avec intérêt les détails que les ouvrages allemands publiés sur ce traitement et les notes qu'a bien voulu me communiquer M. le Baron de Ch... qui l'a étudié pendant six mois, sur les lieux mêmes, m'ont permis de recueillir (1).

Vincent Priesnitz naquit le 4 juillet 1799 dans une des maisonnettes du sommet du Graefenberg, et grâce à la position aisée de ses parents il reçut une assez bonne éducation, qui développa chez lui un esprit d'observation, un tact et une pénétration peu ordinaires ; à peine dans l'adolescence, il remarqua, en aidant son père dans ses travaux ruraux, que dans les cas d'entorse, de contusion et de tumeur aux pieds des chevaux, on travaillait rapidement à leur guérison en les bouchonnant avec de l'eau froide : il vérifia plusieurs fois ce fait, s'assura de l'efficacité de ce moyen, et l'employa sur plusieurs animaux : le succès couronna tous ces essais qui lui inspirèrent, dès lors déjà, une grande confiance dans les vertus de l'eau froide.

En 1816, le jeune Priesnitz fut renversé par un cheval fougueux qui lui imprima ses fers sur la face, lui fit des contusions graves au bras gauche, et lui fractura deux côtes. Un chirurgien fut appellé ; il fit des efforts prolongés pour remédier au déplacement qui avait lieu entre les fragments, et n'ayant pu y réussir, déclara que si le malade échappait au danger qui le menaçait, il resterait longtemps souffrant et contrefait. Le jeune homme, mécontent de cet arrêt, tenta de se traiter lui

(1) M. de Ch... se propose de publier prochainement une description complète de l'établissement de Græfenberg, pour servir de guide aux personnes qui voudraient appliquer les principes sur lesquels il repose.

même ; dans ce but il appuya sa poitrine contre l'angle d'une chaise, et retenant sa respiration, fit reprendre aux deux côtes leur première direction ; il se fit ensuite un bandage avec un essuie-mains mouillé, but de l'eau en abondance et fut guéri au bout de quelques jours.

Cette cure, bien simple pour un médecin, frappa vivement l'imagination de Priesnitz ; il attribua aux moyens qu'il avait employés, ce qui est tous les jours le résultat des seuls efforts de la nature ; et il se livra avec une nouvelle ardeur à des recherches sur les effets généraux produits par le froid, et sur les lois qui régissent son application dans le traitement des maladies chez l'homme. Je ne rapporterai, de toutes ses expériences, que l'une d'entr'elles : Deux porcs ayant été nourris, l'un avec des aliments froids, l'autre avec des aliments chauds, chez le premier, les intestins furent trouvés fermes, blancs, résistants, tandis que, chez le second, ils étaient rouges, ramollis, et se déchiraient si facilement qu'ils ne purent servir à la charcuterie.

Priesnitz, ayant été amené à reconnaître les bons effets de l'eau froide dans le traitement d'un grand nombre de maladies, crut bientôt remarquer qu'une condition indispensable, pour rendre son application la plus efficace possible, était de soumettre la peau à de fortes et fréquentes transpirations, et ces deux moyens combinés devinrent la base de sa médication. Il les appliqua à quelques cas de goutte, de rhumatisme, et guérit ses malades ; ses cures firent du bruit dans les environs, et sa petite maison devint trop petite pour contenir les nombreux visiteurs qui venaient y chercher des conseils. Sa réputation grandit rapidement, et les montagnards ne tardèrent pas à le regarder comme un protégé du ciel : selon eux, l'eau n'avait aucune vertu par elle-même, et ne devait son action qu'à une puissance secrète dévolue à Priesnitz : c'est ainsi que partout, aux yeux du vulgaire, les choses les plus simples prennent une apparence de merveilleux, sans laquelle

elles seraient souvent rejetées avec dédain. Mais ces mêmes succès firent à Prietznitz de nombreux ennemis ; les curés lancèrent des anathèmes contre son art diabolique ; les médecins et les vétérinaires le dénoncèrent comme exerçant illégalement la médecine, et l'autorité fut obligée d'intervenir. En 1830, le gouvernement autrichien accorda à Priesnitz l'autorisation de recevoir des malades et de les traiter d'après sa méthode : depuis cette époque son établissement a pris un développement rapide, car n'ayant réuni que cinquante-quatre pensionnaires en 1830, il en compta soixante-quatre en 1831, cent dix-huit en 1832, deux cent-six en 1833, deux cent cinquante-six en 1834, trois cent quarante-deux en 1835, quatre cent soixante-neuf en 1836.

Aujourd'hui Priesnitz a fait construire trois grandes maisons qui ne peuvent contenir les malades qui lui arrivent de toutes parts, et la petite ville de Freiwaldau a été obligée de faire élever une succursale. Des établissements analogues se forment dans différents points ; le docteur Emel en a organisé un à deux lieues de Vienne, à Kaltenleitgeb, près de Rodaun ; le docteur Niederfuhe dans le comté de Glatz ; le docteur Lehmann à trois milles de Breslau ; d'autres encore vont être élevés en Bavière, en Saxe, à Freiberg, dans le Wurtemberg, à Saint-Pétersbourg même, dit-on.

Le traitement, qui a valu à Priesnitz la réputation dont il jouit en Allemagne, offre à considérer le régime alimentaire, l'action exercée sur la peau, et l'usage de l'eau froide.

Régime. — Selon M. Priesnitz, l'expérience démontre que l'alimentation chaude détermine de fâcheux effets chez tous les animaux ; or, l'homme étant soumis à peu près aux mêmes lois générales, il pense que les fréquents dérangements qui surviennent dans ses fonctions digestives, ne sont dus qu'à l'usage d'aliments dont la température est trop élevée, et qu'il serait facile de les prévenir ou d'y remédier, en mangeant froid et en choisissant l'eau pour unique boisson. Un autre

principe, auquel il attache une grande importance, c'est que la diète, au lieu d'être utile, ne peut, dans la majorité des cas, qu'affaiblir le malade et enlever à l'économie la puissance dont elle a besoin pour résister au mal. On sait que cette opinion est d'ailleurs partagée par un grand nombre de médecins. Voici le régime que l'on suit à Græfenberg :

On déjeune avec du lait froid, du beurre et du pain ; à dîner, on mange de tout, à l'exception d'épices, et en aussi grande quantité que le veut l'appétit : quelques mets chauds sont permis aux personnes qui n'ont que des maladies légères, mais dans les cas graves, tous les aliments sont froids ; on ne boit que de l'eau froide, et cette mesure ne souffre d'exception pour personne. Le souper est semblable au déjeuner. Pendant le jour, dans l'intervalle des repas, il faut souvent boire de l'eau froide ; la dose prescrite pour 24 heures est de 20 à 30 verres environ.

Action exercée sur la peau. — Dans tous les temps, on a cru utile d'exciter fréquemment la transpiration, ainsi que le prouvent les *sudatori* des Romains, des Grecs, des Turcs, des Russes, etc. ; mais il n'est pas moins important de savoir la graduer, la provoquer, l'activer, et enfin y mettre fin de la manière la plus avantageuse possible. M. Priesnitz pense que tous les moyens, qui ne produisent qu'une transpiration pour ainsi dire passive, sont nuisibles ; que la vapeur exerce une action fâcheuse sur les poumons et le cerveau ; que pour développer une transpiration salutaire, il faut la produire en activant les fonctions vitales, en les concentrant, et il emploie à cet effet le procédé suivant :

Le malade se couche entièrement nu, sur un lit recouvert d'une couverture de laine, dans laquelle on l'emmaillotte avec beaucoup de soins ; on ajoute un ou deux lits de plumes à ce premier appareil dont le manuel est décrit très-minutieusement par les auteurs allemands. La tête est maintenue un peu élevée. Lorsque la transpiration est bien établie,

on ouvre les fenêtres et on donne au patient, le premier jour, un quart de verre d'eau froide ; cette quantité est incessamment augmentée, et au bout de quelques jours, il boit un verre entier tous les quarts d'heure. La durée de la séance, dont on ne tient compte que du moment où la sueur se manifeste, varie selon la force des individus et la nature de leur maladie ; elle se prolonge depuis un quart-d'heure jusqu'à six et même sept heures. Dans les premiers jours de la cure, la sueur ne s'établit que difficilement ; mais bientôt elle devient tellement abondante, que M. de Ch. l'a vue traverser l'appareil, les matelats et ruisseler à terre sous le lit des malades. Lorsqu'on juge convenable de mettre fin à son excrétion, on enlève les lits de plumes, le malade se lève sans se débarrasser de sa couverture, se lave la figure et la poitrine avec de l'eau froide, et va se plonger dans un grand bassin plein d'eau. Cette eau prise à différentes sources, est amenée dans l'établissement, des parties supérieures de la montagne, par des conduits qui ont environ 1,300 toises de longueur ; sa température, dans les plus grandes chaleurs, n'excède jamais 7° Réaumur ; en hiver elle descend quelquefois à 2° et même à 0°. On se plonge dans ce bassin en toute saison, et on n'y reste d'abord que le temps de l'immersion ; plus tard, on vous y laisse deux ou trois minutes et quelquefois davantage. Priesnitz assure y être demeuré une fois dix heures de suite pour se guérir d'une *fièvre chaude*. Ceux qui arrivent à Græfenberg n'ont souvent pas le courage d'affronter une sensation qui est en effet très pénible au début ; ils mettent alors fin à leur transpiration dans une baignoire qui contient deux ou trois pouces d'eau à 12 ou à 16 degrés. Pendant ce noviciat, qui se prolonge environ une semaine, on abaisse successivement la température du bain, et l'on amène ainsi le malade à se plonger dans le bassin. Aussitôt après l'immersion on s'habille, on va faire une promenade à pied, et on s'en revient ensuite déjeuner.

Application de l'eau froide. — Outre les bains d'immer-

sion dont nous venons de parler, on en administre encore de partiels, *loco dolenti*, et l'on a également recours aux douches, aux clystères et aux compresses d'eau froide.

Bains de siége. — On verse dans un meuble approprié environ trois pouces d'eau froide, et le malade y reste assis depuis vingt minutes jusqu'à une heure. Pendant ce temps, on a soin de frotter toutes les parties plongées dans l'eau et de mouiller par intervalle le bas-ventre.

Bains de pieds. — On plonge les pieds dans un demi-pouce d'eau froide, et on les frotte l'un contre l'autre ou avec la main. L'eau est rapidement échauffée et quelquefois même absorbée.

Bains des membres. — On plonge le membre affecté dans une petite quantité d'eau froide contenue dans un vase approprié à la forme des parties; on a toujours soin de frotter avec force le membre immergé.

Bains de tête. — Selon le siége du mal, on plonge le visage ou l'occiput dans une cuvette qui contient trois pouces d'eau.

Dans tous ces bains, il faut prolonger le séjour dans le liquide jusqu'à ce qu'il soit assez échauffé, aux dépens du calorique de la partie immergée, pour ne plus paraître froid.

Douches. — On emploie, à Græfenberg, deux sortes de douches, celles de l'établissement dont on ne se sert que le moins possible, attendu qu'elles ne sont pas disposées de manière à produire un grand effet, et celles de la forêt. Ces dernières sont placées dans les montagnes, à une demi-heure de marche de la maison; rien ne les garantit des injures de l'air: l'eau arrive dans des augets élevés de 10 à 15 pieds au-dessus du sol, et forme, en tombant, une colonne d'un pouce et demi de diamètre; c'est à cette masse que l'on présente les parties malades, en ayant soin toutefois de ménager la tête et la poitrine, pendant cinq minutes au moins et une heure au plus. Ces douches se prennent également dans toutes les sai-

sons, quelle que soit la température. M. de Ch... a vu des personnes qui s'y exposaient au milieu des neiges et des glaçons, et lui-même s'y est soumis pendant les mois de janvier et février derniers.

Lavements froids. — On y a recours le soir, et leur administration n'offre rien de particulier. Au commencement ils font éprouver une sensation pénible et le besoin de les rejeter sur-le-champ; plus tard l'intestin s'habitue à les garder.

Compresses mouillées.— Selon l'affection et le but que l'on se propose, on applique sur les différentes parties du corps, des compresses imbibées d'eau froide que l'on renouvelle très-fréquemment, ou qu'on laisse au contraire en place, jusqu'à ce qu'elles soient devenues entièrement sèches. Dans quelques cas on fait usage d'une ceinture de cinq pieds de long, dont on mouille un des chefs dans l'étendue de dix-huit pouces; on applique cette partie mouillée sur l'abdomen, et le reste est enroulé par-dessus.

Drap mouillé. — Enfin on emploie quelquefois un drap mouillé, dans lequel on enroule le malade comme dans la couverture qui sert à provoquer la transpiration. Dans les maladies inflammatoires aiguës, au traitement desquelles cet appareil est surtout consacré, dans la pneumonie, par exemple, on le renouvelle toutes les cinq minutes.

Ordre du traitement, ses effets généraux, sa durée, son but. Les différents moyens curatifs que nous venons d'énumérer ne sont pas indistinctement employés, et l'on comprend qu'il est impossible d'indiquer toutes les modifications qu'on apporte dans leur succession, leur combinaison, leur nature, selon l'âge, le sexe, la force, la constitution du malade, le genre de son affection, les complications dont elle s'accompagne, etc.; la sagacité du médecin peut seule les approprier à la circonstance, et nous ne pouvons exposer ici que les généralités.

A quatre heures du matin, on vous enveloppe pour vous

faire transpirer, et la séance se prolonge, comme nous l'avons vu, plus ou moins long-temps : elle se termine par le bain d'immersion. On fait alors une promenade jusqu'au déjeuner ; une heure après celui-ci on prend une douche ou un bain de siége ; à midi on dîne ; de trois à six heures de l'après-midi, seconde séance, semblable à celle du matin, mais moins longue; second bain d'immersion, souper à huit heures ; à neuf heures, bain de siége, bain de pieds, ou lavement ; on se couche à dix heures. Ceux des malades qui préfèrent ne transpirer qu'une seule fois, prolongent la séance du matin jusqu'à midi, et sont libres ensuite. J'ai dit plus haut que l'on faisait quelques concessions en faveur des commençants ; mais au bout de huit jours il faut se soumettre à l'ordre que je viens d'indiquer. Après un temps plus ou moins long, on voit apparaître des éruptions cutanées, des furoncles, souvent en nombre considérable ; il survient de la diarrhée, des abcès se forment dans différentes parties du corps; des symptômes vénériens, disparus depuis long-temps se montrent de nouveau, et ce n'est qu'à l'apparition de l'un de ces phenomènes que la cure est jugée devoir être efficace. La crise se manifeste ordinairement au bout de six semaines ou deux mois, elle se renouvelle quelquefois à différents intervalles ; le traitement entier se prolonge pendant quatre, six mois, un an, selon la gravité des cas.

Quant aux maladies que M. Priesnitz juge pouvoir combattre avec avantage, elles sont nombreuses, mais il ne faut pas croire qu'il veuille faire de son traitement une panacée universelle, montrant sur ce point plus de bon sens que ne le font la plupart des novateurs. Il lui attribue surtout une grande puissance dans les cas de rhumatisme, de goutte, de vérole constitutionnelle, dans les maladies de la peau, sans excepter les exanthêmes, dans les hémorrhoïdes, les fistules, les caries, les engorgements chroniques des différents tissus, la scrofule, les affections chroniques de l'appareil digestif : il y a recours dans quelques maladies inflammatoires aiguës,

les angines, les ophthalmies ; il ne craint pas, comme je l'ai dit, d'envelopper un malade atteint de pneumonie ou de péritonite dans un drap imbibé d'eau froide.

Voici des observations que j'ai trouvées dans les ouvrages publiés sur Græfenberg et qui pourront servir à faire connaître le degré d'efficacité qu'on peut accorder au traitement qu'on y met en usage.

Obs. I. — M. V. fit, il y a 27 ans, une chute sur les genoux, et éprouva à la suite de cet accident des douleurs assez vives, auxquelles il ne fit cependant que peu d'attention : au bout de quelque temps, les articulations se tuméfièrent, les douleurs devinrent plus violentes, et M. V. consulta un médecin; celui-ci ordonna des frictions avec de l'huile de romarin, du camphre, puis avec de l'onguent mercuriel : ces moyens et quelques bains de vapeur amenèrent un léger soulagement, mais laissèrent persister dans chaque articulation une tumeur dure, douloureuse, peu mobile. En 1809 les souffrances recommencèrent à être fort vives, quoique les genoux fussent entièrement indolents à la pression ; la station debout ne pouvait se prolonger au delà de quelques instants, et lorsqu'on faisait opérer des mouvements étendus, on entendait un bruit de frottement tout particulier. Cet état resta stationnaire pendant longues années, et des bains sulfureux n'y apportèrent aucune amélioration.

En 1824, M. V. ayant été exposé à la pluie, fut pris d'un rhume violent, accompagné de fièvre, et dut garder le lit pendant quatorze jours ; lorsqu'il se releva, la marche était presque impossible. Le Dr. C., de Varsovie, fut consulté : il prescrivit des bains, des frictions excitantes, des purgatifs ; au bout d'un an, un autre médecin appliqua des moxas, fit prendre des bains russes; tous ces moyens demeurèrent sans résultats. M. V. s'adressa alors au Dr. S. qui jouissait d'une grande réputation : celui-ci considéra la maladie comme résultant d'une inflammation de la synoviale du genou, terminée par adhérence, et laissa peu d'espoir au malade.

En 1827, M. V., fatigué de tant de traitements inutiles, ne se décida qu'avec peine, à consulter encore le Dr. P. de Liegnitz : ce médecin attribua le mal à une inflammation du périoste, fit appliquer des sangsues à chaque articulation et pratiquer ensuite, deux fois par jour, des frictions mercurielles : au bout de 7 mois, ces moyens furent abandonnés, et le malade reprit des bains russes jusqu'au nombre de 60 : aucune amélioration ne se manifesta.

En 1835, M. V. était presque dans le marasme par suite des trai-

tements auxquels il avait été soumis et de l'inaction à laquelle il était condamné : les genoux n'offraient aucune lésion apparente à l'extérieur et les mouvements étaient assez libres, mais on sentait toujours dans le creux poplité, une petite tumeur douloureuse à la pression; dans les mouvements de flexion on entendait le bruit particulier déjà mentionné; le malade ne se soutenait que difficilement et ne pouvait faire que quelques pas sans se reposer.

M. V. avait perdu tout espoir; la médecine ordinaire ne pouvait plus rien pour lui : on parvint à le décider à se rendre à Græfenberg; au bout de quelques mois, il en sortit parfaitement guéri (1). (*Die Wassercuren des V. Priesnitz.* Von Th. Brand Breslaw, p. 30).

Obs. II. — Madame S. âgée de 34 ans, d'une constitution faible, n'avait fait dans son enfance, aucune maladie grave; à 11 ans elle eut la petite vérole qui fut bénigne, à 14 ans la menstruation s'établit sans difficulté. Mariée jeune, Madame S. eut neuf enfants, dont trois seulement ont survécu : ses couches furent heureuses jusqu'à la dernière, qui eut lieu en février 1833. A cette époque, et au cinquième jour de son accouchement, Madame S. éprouva une violente frayeur à la suite de laquelle se déclara une fièvre puerpérale qui, au bout de 11 jours, se changea en une fièvre intermittente. Celle-ci résista à tous les moyens connus et réduisit la malade au dernier degré du marasme.

« Lorsque je fus appelé pour lui donner mes soins, dit le Dr. Lasker, le 9 mai 1834, elle ne goûtait pas un instant de sommeil, son estomac rejetait toute espèce d'aliments, la constipation était opiniâtre, le ventre tendu et ballonné, le foie volumineux et douloureux à la pression s'étendait jusque dans l'hypocondre gauche et dépassait les fausses côtes de quatre pouces; le moindre toucher à la peau causait d'horribles douleurs, les urines étaient rares et troubles; la malade n'a pas la force d'expectorer, elle est si faible qu'on peut à peine distinguer ses paroles : la voix et l'ouïe sont quelquefois complètement abolies pendant plusieurs

(1) Il est fâcheux que cette observation ne soit pas complète, et que l'auteur passe sous silence les phénomènes qui ont précédé et determiné la guérison. Les symptômes indiqués, peuvent jusqu'à un certain point, être rapportés à la *luxation des fibro-cartilages semi-lunaires*, décrite par Cooper.

heures. Le type de la fièvre est fort remarquable : chaque matin à 9 heures et demie commence un violent frisson qui dure environ trois-quarts-d'heure ; la réaction qui lui succède se prolonge une heure, pendant ce temps la malade accuse une sensation générale de brûlure, bien que la peau soit fraîche et n'offre jamais la moindre trace de sueur. Tous les 3 jours, un second accès a lieu à 3 heures de l'après midi, il est beaucoup plus violent que celui du matin, le frisson ne cesse que vers minuit, et la malade tombe alors dans l'anéantissement ; enfin tous les 5 jours l'accès du matin est immédiatement suivi d'un nouveau frisson qui dure à peu près 15 minutes. Il résulte de ce type bizarre, que, pendant les neuvième et dixième jours, les accès se succèdent presque sans interruption. »

M. Lasker, considérant que cette maladie avait résisté pendant plus d'une année à tous les remèdes ordinaires, se décida à recourir au traitement de Priesnitz ; il prescrivit de l'eau froide à l'intérieur, et des bains refroidis au moyen de la glace jusqu'à 6° Réaumur. Les premiers verres d'eau furent rejetés immédiatement, mais le cinquième jour, l'estomac les garda et le corps se couvrit de sueur. Le premier jour, la malade ne put rester dans le bain que 2 minutes, le dix-septième elle y demeura vingt-huit, on eut alors recours aux douches froides sur l'épigastre et l'hypocondre droit. Bientôt les forces revinrent, et avec elles l'appétit, la voix, le sommeil ; la constipation céda le dix-huitième jour ; le vingt-neuvième la fièvre prit le caractère franc d'une fièvre tierce, son dernier accès eut lieu le trente-cinquième jour du traitement, et au bout de sept semaines, madame S. avait recouvré toute sa santé. (*loc. cit : p.* 61).

J'ai trouvé, soit dans les ouvrages publiés sur Græfenberg, soit dans les notes qu'a bien voulu me communiquer M. le baron de Ch..., beaucoup d'autres observations. Malheureusement, ainsi que cela n'est que trop fréquent dans les auteurs allemands, elles ne m'ont pas offert les qualités exigées : je n'ai pu tenir compte de faits de pneumonies, par exemple, lorsque je ne trouvais d'indications précises ni sur la nature des crachats, ni sur les signes fournis par l'auscultation, etc. Je mentionnerai cependant un cas d'eczéma de la face,

qui après avoir résisté à tous les traitements, fut rapidement guéri par Priesnitz, (Obs. communiquée par M.me de Taubenheim) et une tumeur du genou qui, après onze incisions qui avaient donné naissance à autant de trajets fistuleux, fut, au bout de quatre ans, jugée incurable. Le malade, auquel on proposa l'amputation, comme dernière ressource, se rendit à Græfenberg, et au bout d'un an, il était en parfaite santé. (Obs. com., par M. le baron de Falkenstein.)

Si maintenant on cherche à apprécier la valeur thérapeutique de la méthode Priesnitz, il faut considérer isolément les moyens qu'elle emploie, puis l'ensemble du traitement qui résulte de leur réunion, enfin l'action que celui-ci peut exercer sur les différentes maladies.

Usage de l'eau à l'intérieur. — Je ne répéterai pas ici tous les arguments qu'on a accumulés pour prouver que l'eau, étant la boisson *naturelle* de l'homme, devait être préférée à toute autre. Rousseau, dans son *Émile*, leur a prêté l'éloquence de sa parole ; je rappellerai seulement que l'eau est de tous les liquides celui qui désaltère le mieux ; qu'elle facilite la digestion, et que, d'après les expériences de MM. Leuret et Lassaigne, elle est indispensable à la formation du chyle.

« Considérée comme moyen thérapeutique, dit M. Ratier, l'eau est d'une efficacité incontestable : c'est souvent à elle seule que sont dues certaines guérisons dont on fait honneur à toute autre chose. Elle diminue la chaleur fébrile, elle active les sécrétions et les exhalations, et en modifie évidemment les produits. Il y aurait de l'avantage à ce que les médecins répandissent dans le public ces idées, et à ce qu'ils ne prescrivissent pas, en ayant l'air d'y attacher une grande importance, des tisanes auxquelles ils ne reconnaissent eux-mêmes aucune efficacité : il faudrait que l'on ne refusât pas, ainsi que l'on a souvent occasion de le voir, un verre d'eau pure et fraîche à un malade qui le sollicite instamment pour appaiser

la soif qui le dévore. On peut dire, sans exagération, qu'il est peu de maladies dont l'eau, employée convenablement, ne puisse être le remède, ou dans lesquelles elle ne puisse concourir puissamment à la guérison. » (*Dict. de méd. et de chir. prat.*)

« Si l'on obéissait plus fréquemment aux indications naturelles, dit M. Guérard, l'eau pure et simple serait, de toutes les tisanes, la plus usitée. » (*Dict. de méd.*)

Tous les auteurs s'accordent généralement avec ceux que je viens de citer ; mais malgré ces opinions si favorables à l'emploi de l'eau, personne n'avait encore songé, ou peut-être osé, faire à cet égard des expérimentations suivies et complètes : on a prescrit l'eau à quelques malades atteints de gastrite, de fièvre typhoïde, du choléra. Sénac et M. Chomel citent des cas de fièvres intermittentes qui, après avoir résisté à toutes sortes de médications, ont guéri par la diète aqueuse. Mais ces faits sont restés isolés, et n'ont pas provoqué les recherches régulières qu'ils auraient cependant justifiées.

Emploi de l'eau à l'extérieur. — L'eau a été plus souvent et plus méthodiquement employée à l'extérieur ; mais son usage, auquel Hippocrate déjà accordait une grande puissance, a été alternativement vanté ou repoussé, et M. Percy a tracé, dans le *Dictionnaire des Sciences médicales*, un historique fort détaillé des vicissitudes que ce moyen a éprouvées. Aujourd'hui l'eau est fréquemment employée en chirurgie, dans le cas de plaie, de brûlure, de phlegmon, de fracture, pour prévenir ou arrêter l'inflammation : on connaît les bons effets qu'en ont obtenus MM. Baudens, Bérard, Cloquet, Gerdy, Jobert, Sanson, etc. Percy assure que les applications d'eau froide peuvent prévenir et même guérir des luxations spontanées, des ankyloses incomplètes.

En pathologie interne, l'usage extérieur de l'eau a été plus rarement mis en pratique : Van Swieten rapporte qu'un

praticien italien traitait avec succès l'hémoptysie en appliquant, à nu sur la poitrine, des compresses imbibées d'eau froide. Ce journal a inséré un cas de péritonite puerpérale traitée par l'eau glacée à l'intérieur et à l'extérieur : trois heures après l'application de cette médication, il n'y avait plus de soif, les vomissements avaient cessé, l'abdomen était moins douloureux, moins ballonné : le lendemain *sueurs copieuses*, réplétion des seins, retour des lochies, et avant le quatrième jour, guérison complète. Des praticiens anglais ont employé avec succès des affusions d'eau à 5° dans la scarlatine ; M. Guérard a guéri, de la même manière, un eczéma rebelle ; Whytt a guéri des constipations opiniâtres par des affusions sur les pieds ; Percy a vu un malade qui ne se soulageait d'horribles douleurs goutteuses qu'en plaçant ses jambes dans des bottes pleines d'eau.

Je ne m'étendrai pas sur la température qu'il faut donner à l'eau ; on sait que le froid agit de trois manières différentes : lorsqu'il est porté à un haut degré, il détermine la mort des tissus, comme le ferait une chaleur extrême ; lorsqu'il est modéré, son effet varie suivant le mode d'application ; ainsi, il est tonique, excitant, en raison de la réaction qu'il provoque, lorsqu'on ne l'applique que peu de temps ; il est au contraire sédatif lorsqu'on le laisse en contact pendant long-temps avec les parties.

Action exercée sur la peau. — En excitant la perspiration cutanée, on agit d'abord localement sur la peau, on l'assouplit, on la rend plus propre à recevoir l'action des agents thérapeutiques, on active sa sécrétion naturelle, on la fait reparaître lorsqu'elle est supprimée ; la transpiration constitue ensuite une des formes que la nature emploie fréquemment dans la production des crises, et, sous ce point de vue, il est souvent fort utile de la provoquer.

Ensemble du traitement. — M. Priesnitz s'efforce de mettre en jeu toutes les différentes propriétés que nous venons d'as-

signer à l'eau froide et à l'excitation de la sueur, et il n'a pas craint de réunir deux moyens généralement regardés comme incompatibles. On sait tous les dangers que l'on a attribués à l'eau froide prise à l'intérieur ou appliquée à l'extérieur, lorsque le corps est en sueur, et le rôle qu'on lui a fait jouer dans l'étiologie de quelques inflammations internes ; on n'expliquait l'exemple des Russes, qui, en sortant de leurs bains de vapeur, vont se jeter impunément dans l'eau ou dans la neige, qu'en disant que leur rentrée dans l'étuve pouvait seule les soustraire aux dangers d'une pareille coutume. Baglivi, Rush, M. Bérard, ont rapporté des cas, où l'ingestion d'une certaine quantité d'eau froide dans l'estomac, pendant la transpiration, a déterminé une mort rapide ; enfin il n'y a guère que Rousseau qui ait osé dire, en combattant Locke :

« Pour empêcher les enfants de boire quand ils ont chaud, il (Locke) prescrit de les accoutumer à manger préalablement un morceau de pain avant que de boire. Cela est bien étrange que, quand l'enfant a soif, il faille lui donner à manger ; j'aimerais autant, quand il a faim, lui donner à boire. Jamais on ne me persuadera que nos premiers appétits soient si déréglés qu'on ne puisse les satisfaire sans nous exposer à périr. Si cela était, le genre humain se fût cent fois détruit avant qu'on eût appris ce qu'il faut faire pour le conserver. Toutes les fois qu'Émile aura soif, je veux qu'on lui donne à boire ; je veux qu'on lui donne de l'eau pure et sans aucune préparation, pas même de la faire dégourdir, fût-il tout en nage, et fût-on dans le cœur de l'hiver. »

A Græfenberg, l'expérience semble donner gain de cause au philosophe de Genève. Lorsque le malade est couvert de sueur, on ouvre les fenêtres, on lui donne, tous les quarts d'heure, un verre d'eau froide ; enfin on finit par le plonger dans un bassin, où un homme dont la peau serait parfaitement sèche oserait à peine descendre. M. Priesnitz justifie ainsi

cette manière de faire : Selon lui, l'usage de l'eau froide, lorsque le corps est en sueur, ne peut offrir de danger que quand par une cause quelconque, l'appareil respiratoire est excité ; il est au contraire salutaire, si la respiration n'est pas accélérée.

Application du traitement. — Ici, il est nécessaire d'établir quelques distinctions : Dans les *affections inflammatoires aiguës*, l'eau froide est employée comme agent sédatif, c'est-à-dire d'une manière continue. Nous avons vu qu'on retire, en chirurgie, de grands avantages de son application, et l'on peut se demander si un remède qui a pour effet de suspendre pour ainsi dire la circulation dans un point déterminé, pendant aussi longtemps qu'on le juge convenable, n'est pas préférable, en pathologie interne, à des moyens qui, comme les saignées générales ou locales, n'agissent qu'en faisant subir à la masse générale du sang une déperdition insensible pour l'organe affecté, si elle est peu considérable, préjudiciable pour l'économie tout entière, si elle est abondante ? M. Foville regarde les affusions froides comme le remède *jugulant* de la méningite, pourquoi ne réussiraient-elles pas dans d'autres inflammations ? Dans l'état actuel de nos idées, il nous parait sans doute fort extraordinaire d'entourer un pneumonique d'un drap imbibé d'eau froide ; mais ce motif est-il suffisant pour proscrire sans plus ample informé une pratique dont l'expérience aurait constaté la rapide et heureuse efficacité ?

Dans les *maladies chroniques locales*, l'eau froide peut être employée selon les circonstances, tantôt comme moyen sédatif, tantôt comme excitant, et puisque on en a déja retiré de fort bons effets dans la gastralgie et d'autres névroses, dans les engorgements, les abcès froids etc., on peut admettre qu'il ait réussi dans d'autres cas encore

Maladies chroniques générales. Ici la question se rattache à une doctrine qui, bien que fort ancienne, est loin

d'être jugée, celle des crises. Priesnitz, qui l'admet essentiellement, emploie l'eau froide comme tonique pour donner à l'économie la force de résister au mal, et à la *puissance médicatrice naturelle* l'énergie qui doit amener la crise. L'excitation exercée sur la peau est destinée, d'une part, à rendre l'action de l'eau froide plus intense, d'autre part à diriger les phénomènes critiques vers l'enveloppe cutanée et le tissu cellulaire qui la double. Ainsi que je l'ai déja dit, l'efficacité de la cure ne se manifeste, pour Priesnitz, qu'à l'apparition de ces phénomènes, et selon lui, ils ne font jamais défaut lorsqu'on sait les provoquer et les attendre. Il a reconnu toutefois que cette règle était soumise à de nombreuses exceptions chez les vieillards, et l'observation de ce fait l'a déterminé à ne pas recevoir, dans son établissement, des malades d'un âge fort avancé.

Je ne puis, ni ne veux développer ici cette théorie débattue depuis Hippocrate; je dirai seulement que lorsque des faits de crise parfaitement observés par des hommes dont on ne peut mettre en doute ni le talent ni la bonne-foi, peuvent être opposés aux dénégations d'hommes non moins recommandables, il serait peut-être bon et utile d'obéir à la recommandation de Bordeu, et d'*éclaircir ces importantes questions par l'observation*. Cette observation devient surtout nécessaire lorsqu'il s'agit d'affections sur la nature desquelles on n'est pas encore parvenu à s'accorder : les dermatoses, la syphylis etc., etc.

C'est cette opinion qui m'a engagé à faire connaître une médication, certes susceptible de modifications quant aux formes, mais incontestablement énergique, et qui serait déja remarquable par ses résultats négatifs, quand bien même elle n'en aurait pas d'autres.

REVUE GÉNÉRALE.

Pathologie et Thérapeutique.

Ramollissement aigu du cerveau. — Un enfant de trois ans, fort et bien portant, après avoir passé une nuit très-tranquille et déjeuné avec appétit, fut pris tout-à-coup de convulsions générales violentes. Le docteur Niroch, appelé aussitôt, le trouva dans l'état suivant : yeux hagards et immobiles, pupilles très-dilatées, pouls petit et fréquent, respiration entrecoupée et difficile, intelligence entièrement abolie. Cet état resta ainsi stationnaire pendant cinq heures; alors parurent de nouveaux symptômes : toute la moitié droite du corps fut frappée de paralysie, tandis que l'enfant agitait violemment les membres gauches; lorsqu'on le plaçait sur son séant, il retombait lourdement sur le côté droit, les yeux étaient fortement déviés à gauche, de telle sorte qu'une partie de la cornée disparaissait sous les angles orbitaires. Deux applications de sangsues, du calomel à l'intérieur, ne produisirent aucun soulagement et la nuit fut fort mauvaise. Le lendemain, l'enfant parut plus calme, il se dressa plusieurs fois sur son séant, et donna quelques signes d'intelligence; l'hémiplégie paraissait aussi avoir diminué, car le petit malade fit quelques tentatives pour arracher des sinapismes qui avaient été appliqués sur la cuisse droite. Cette apparente amélioration fut de courte durée; bientôt survinrent tous les signes précursours de la mort et l'enfant succomba dans la nuit, quarante heures après l'apparition des premiers symptômes.

A l'autopsie on trouva un ramollissement du corps strié gauche, qui était réduit en bouillie d'un rouge-brun, n'offrant plus aucune trace d'organisation. Toutes les autres parties de l'encéphale et les différents organes de la poitrine et de l'abdomen étaient dans leur état normal. (*Wochenschrift für die ges. Heilk.*, 1837. N° XI)

Tumeur remarquable a l'abdomen. — Une femme de trente-quatre ans éprouva, pendant sa quatrième grossesse des douleurs assez vives dans la région inférieure droite de l'abdomen, et,

après l'accouchement, il se manifesta en ce point une tumeur considérable. Elle sevra son enfant au bout de dix-huit mois; ses règles parurent six semaines après, mais depuis lors furent totalement supprimées. La tumeur s'accrut rapidement; elle était unie, lisse, paraissait fluctuante; deux ponctions furent pratiquées avec le trocart; mais il ne s'écoula pas une goutte de liquide. Quelques mois après, la circonférence du ventre était de cinq pieds : le nombril, repoussé en avant, formait une saillie de la grosseur d'un œuf de poule, et plusieurs médecins attribuèrent cette distension à la présence d'hydatides. Une opération chirurgicale fut proposée en raison de la gravité des symptômes et décidée. Malheureusement elle n'eût pas un résultat favorable, car une incision pratiquée à la paroi abdominale mit à découvert une masse de nature stéatomateuse, si volumineuse, qu'il ne pût être question d'en faire l'ablation : la plaie, réunie par première intention, se cicatrisa immédiatement. Le ventre resta indolent, il ne se manifesta aucun symptôme de péritonite ; mais la malade mourut asphyxiée au bout de quelques jours.

Autopsie. Le ventre présente, au niveau du nombril, quatre pieds neuf pouces de circonférence ; la paroi abdominale antérieure est amincie et a contracté quelques adhérences avec la tumeur placée au-dessous d'elle. Celle-ci, dont la surface externe est lisse et unie, occupe presque toute la cavité abdominale, et est attachée par un pédicule de deux pouces de large à l'ovaire droit : sa forme est ovale ; sa circonférence verticale est de quatre pieds six pouces, l'horizontale de trois pieds quatre pouces ; son poids est de quarante livres. Elle présente à la dissection une membrane mince et sillonnée de nombreux vaisseaux, une seconde enveloppe de nature fibreuse, et enfin une matière semblable à du suif. Les organes de l'abdomen et de la poitrine sont fortement refoulés, mais parfaitement sains. (*Hanov. Annalen*, 1836, IV, cah.

Le diagnostic des tumeurs abdominales est toujours entouré de quelques difficultés, et celles-ci augmentent surtout lorsque la tumeur est ancienne et ne peut plus être circonscrite. Cependant l'absence totale de fluctuation aurait dû éloigner ici une double paracentèse demeurée inutile. L'auteur de l'observation rapporte l'origine de la tumeur à une dégénérescence fœtale, résultant elle-même d'un spasme de l'ovule lors de la fécondation, et il appuie son opinion de la remarque, qu'une semblable altération n'a jamais été observée chez une jeune fille. Le fait, qui peut être

exact, ne paraît pas suffisant pour faire admettre une supposition qu'aucune preuve anatomique ne justifie.

Rupture de la veine splenique, suivie promptement de la mort. *Observation communiquée par* M. Toulmouche, *Docteur médecin à Rennes* — M. M... Docteur en médecine, exerçant sa profession à Rennes, âgé de trente-trois ans, d'une constitution grêle, quoiqu'ayant les membres assez bien musclés, d'un tempérameent nerveux et irritable, jouissait habituellement d'une bonne santé, malgré qu'il eut la conformation de poitrine d'un phthisique. Il était sujet aux affections catarrhales : en 1823 je l'avais traité pour une pleuro-pneumonie du côté droit dont il avait guéri. Depuis, la respiration, étudiée à l'aide du sthéthoscope, m'avait toujours paru moins parfaite au sommet des deux poumons. — M. M... avait en outre, éprouvé plusieurs fois, depuis 1826, des accès épileptiformes; mais naturellement très-actif, il avait repris ses occupations et jouissait d'une santé parfaite, lorsque le 30 octobre 1829, après avoir déjeuné gaiement et conversé avec plusieurs de ses amis, il se rendit près d'une malade, chez laquelle il fut pris subitement, au moment où il se disposait à lui pratiquer une saignée, d'une douleur très vive au-dessous de la région du cœur. En même temps ses jambes fléchirent, il se laissa tomber sur un lit placé derrière lui, en s'écriant : je suis mort! Aussitôt syncope prolongée, pâleur du visage.

Arrivé dix minutes après l'accident, je trouvai le malade auquel on avait essayé de faire avaler de l'eau et de l'éther, étendu sur le dos, les membres un peu fléchis, les yeux à demi fermés, les lèvres décolorées, presque sans pouls : il avait rendu quelques matières. Le stéthoscope laissait percevoir à la région précordiale, des battements faibles, profonds et lents. Il y avait eu des déjections alvines et une excrétion involontaire des urines. Des frictions ammoniacales furent faites aux jambes sans succès, on les pratiqua alors vis-à-vis le cœur. Le malade sembla se ranimer un peu. Il ouvrit les yeux dont l'expression était hagarde et étonnée; les lèvres devinrent un peu plus vives, les mains étaient froides, la langue pâle. Le patient se levait légèrement par fois. Sa bouche était enduite d'une salive spumeuse; on observait des mouvements de sputation, de résistance, chaque fois qu'on voulait faire boire quelque liquide, et quelques petites convulsions. M. M... jettait incessamment sa tête et ses bras, tantôt d'un côté, tantôt d'un autre.

Deux syncopes effrayantes se succédèrent, pendant lesquelles

pupilles étant très dilatées, les yeux offraient un mouvement latéral successif continu. En même temps, le malade portait automatiquement et sans cesse les mains vers la région de la rate, faisant le geste de vouloir en arracher quelque chose. Il se plaignait, semblait n'avoir aucune conscience de ce qui se passait autour de lui, se livrait à des efforts pour reponsser toute pression de l'épigastre, lorsqu'on tentait d'y exercer des frictions. Il survint un accès comme épileptiforme, pendant lequel il jetait de côté et d'autres et contractait irrégulièrement ses jambes, en proférant quelques plaintes, accès auquel succéda une syncope profonde durant laquelle la respiration se ralentit, les battements du pouls et du cœur cessèrent, et la vie s'éteignit. Trois heures après, légère raideur cadavérique qui dix-huit plus tard, était complète.

Autopsie du corps faite 21 heures après la mort, par 8° + 0 Th R. — *Habitude extérieure.* Le cadavre était celui d'un homme de cinq pieds six pouces, la poitrine était peu large, les muscles des membres développés, le ventre légèrement météorisé. Le thorax résonnait partout également.

Crâne. — Les parois de la tête étaient assez épaisses, les sinus cérébraux presque vides, l'arachnoïde rouge et épaissie sur les parties postérieures et latérales des hémisphères cérébraux, opaque le long de la moitié postérieure de la grande scissure, où elle offrait des adherences anciennes. (Traces d'arachnitis qui pendant l'existence se dénota par les accès épileptiformes auquel M. M... avait été sujet).

Le cerveau avait sa fermeté ordinaire et était ça et là pointillé. Les ventricules contenaient à peu près une cuillerée et demie de sé rosité limpide. La protubérance annulaire était ferme, le cervelet parfaitement sain.

Thorax. — Les cartilages des secondes côtes étaient ossifiés, les poumons généralement crépitants et un peu emphysémateux, par suite des efforts inspiratoires énergiques qui accompagnèrent l'agonie; ils étaient de couleur rosée.

Le poumon droit était adhérent dans la plus grande partie de sa face externe et postérieure à la plèvre costale, par des fausses membranes, de formation ancienne, parfaitement organisées et peu difficiles à déchirer; son sommet, froncé comme l'orifice d'une bourse, était occupé par une cicatrice fibro-cartilagineuse irrégulière et renfermant encore dans plusieurs de ses embranchement des tubercules du volume d'un grain de chenevis jusqu'à celui d'une petite noisette, formés en partie d'une matière fibreuse, d'un blanc

jaunâtre, d'une consistance ferme, et d'un autre plus friable, crétacée. Dans le voisinage, il existait huit à neuf autres tubercules à l'état de crudité, de volume variable; le reste du poumon était sain, sa partie postérieure n'offrant que de l'engouement sanguin cadavérique.

Le gauche était libre d'adhérences, son sommet légèrement froncé renfermait immédiatement au-dessous de la plèvre un tubercule enkysté, de la grosseur d'un petit noyau de cerise, contenant une matière d'un blanc jaunâtre, fortement adhérente et d'une dureté pierreuse. Un peu plus loin, on en trouvait un second, de même nature, mais tout au plus du volume d'un grain de chenevis. Le tissu pulmonaire environnant présentait les caractères anatomiques de la pneumonie légère au premier degré, et formait de la sorte, au milieu du parenchyme parfaitement crépitant, une espèce de noyau analogue à ceux de la pneumonie lobulaire; toute la partie postérieure du même organe contenait une sérosité sanguinolente. (Engouement cadavérique). Le cœur avait la grosseur du poing du sujet, les parois de son ventricule gauche cinq lignes d'épaisseur. Toutes ses cavités étaient exsangues, son tissu était pâle : le péricarde ne contenait que peu de sérosité.

Abdomen. Il était tuméfié : aussitôt que le scalpel pénétra dans sa cavité, il en partit un jet de sang. Les divers viscères ayant été mis à découvert, on remarqua un énorme caillot de sang, d'apparence plutôt veineuse qu'artérielle, situé transversalement dans la duplicature de l'épiploon gastro-colique dont il avait écarté les deux feuillets, ayant son plus grand volume et sa plus forte épaisseur du côté de la rate, tandis qu'il se perdait en pointe, au-dessus du lobe droit du foie. Au-dessus de lui, on appercevait l'estomac flasque et décoloré, tandis que les intestins, plus ou moins distendus par des gaz, étaient colorés par du sang liquide dans lequel ils nageaient. Toute la capacité abdominale en était remplie de même que de caillots. La quantité qu'on en retira avec une éponge put être évaluée à trois pintes.

En soulevant l'estomac et l'épiploon gastro-colique, je me convainquis, par la masse énorme de caillots qui se dirigeaient vers la face interne de la rate et adhérait à sa scissure, que c'était dans ce point qu'avait dû s'effectuer la rupture du vaisseau qui avait fourni l'hémorragie. En effet, outre la grande quantité de caillots dans lequel cet organe était comme plongé, qui avait en quelque sorte enveloppé toute la grande courbure de l'estomac et un cinquième de ses faces tant antérieure que postérieure, il en exis-

tait encore une très-grande masse dans tout l'hypocondre gauche. Car la couche épaisse et adhérente qui était résultée de ce vaste épanchement, avait descendu jusqu'au devant et au-dessous des muscles iliaque et psoas du même côté.

L'artère aorte, suivie depuis son origine jusqu'au dessous de la naissance de la splénique, était ferme, consistante, blanche, parfaitement saine. Il en était de même du tronc de la dernière, qui fut examiné et disséqué avec soin jusqu'à son entrée dans le parenchyme de la rate, et de celui de la coronaire stomachique.

La surface interne de l'estomac était blanche et dans l'état le plus normal. Sa cavité contenait encore une pâte chymeuse, grisâtre, d'une odeur aigre.

La veine splénique, plongée au milieu d'une masse de sang concreté, ne put être dégagée qu'avec difficulté; ses parois étaient très-minces et d'un rouge intense; sa rupture avait eu lieu vers l'endroit où elle se divise en grosses branches, avant de pénétrer dans la rate. Celle-ci, très-volumineuse et surtout très-longue, était flasque et son tissu presqu'exsangue.

Les intestins grêles offraient çà et là des injections légères dans leurs vaisseaux sous-muqueux. Les gros étaient généralement sains. Les reins et la vessie étaient dans le même cas: la cavité de cette dernière était vide.

Ligature de l'artère iliaque interne du côté droit, pour un anévrysme de l'artère ischiatique ou de l'artère fessière; guérison. *Par Valentine Mott.* — Richard Charlton, homme de couleur, natif de New-Yorck, âgé d'environ 38 ans, travaillait dans un magasin d'épiceries. Il éprouva les premiers symptômes de sa maladie, dans l'été de 1832; pendant l'épidémie de choléra, il fut atteint de diarrhée, et dans les efforts fréquents qu'il fit pour aller à la selle, il aperçut une tumeur avec pulsations, qui avait son siége dans la fesse du côté droit, et qui, à partir de ce moment, augmenta graduellement de volume. Lorsqu'on pratiqua l'opération, la tumeur avait environ le volume d'un œuf d'oie, et ne renfermait que du sang liquide.

Le 29 décembre à midi, M. Mott pratiqua la ligature de l'artère iliaque interne du côté droit, en présence de MM. Rodgers, Hosack, Vaché, et Wilkes. Il fit une incision longue de 5 pouces, étendue d'un point situé dans la direction de l'ombilic, à distance égale de la ligne blanche et de l'épine iliaque antérieure et supérieure, jusqu'à un demi pouce du ligament de Poupart, et alors recourbée en avant à un pouce au-dessus du trajet du cordon sper

matique. L'opération dura environ 45 minutes, à cause de l'entêtement et de l'agitation continuelle du malade. Ces efforts et cette agitation firent faire une petite ouverture au péritoine, au moment où l'opérateur séparait cette membrane du muscle iliaque interne. Le péritoine et les intestins étant attirés en haut et soutenus par une large spatule recourbée, on aperçut facilement l'artère iliaque interne, croisée par l'artère iliaque, qui fut repoussée sans peine. Le tissu cellulaire qui environnait l'artère fut promptement écarté avec les doigts, et la ligature fut portée autour du vaisseau, au moyen de l'aiguille américaine. Au moment où l'on serra la ligature, tout battement cessa immédiatement dans la tumeur, qui elle-même disparut presque entièrement bientôt après. Le malade fut placé dans son lit; on lui fit boire 20 gouttes d'une solution de morphine; dans la soirée, il n'éprouvait aucun malaise. Le 30 décembre, le malade avoit dormi pendant la nuit, et le matin, il était dans un état satisfaisant. Dans l'après-midi, il survint de l'excitation; on tira dix-huit onces de sang du bras, et l'on prescrivit le sulfate de magnésie à dose fractionnée. Le malade se trouva mieux le soir; le sel n'avait amené aucune évacuation alvine. On prescrivit un lavement, et l'on plaça une bandelette d'emplâtre vésicatoire autour de la plaie. Le 31, nuit bonne; état satisfaisant; absence de toute douleur; pouls calme; plusieurs évacuations; l'emplâtre avait bien tiré. Dans la soirée, amélioration croissante. Le 1er janvier 1835, le malade se trouve encore mieux que la veille; les mouvements sont plus faciles; l'abdomen est moins tuméfié; le pouls est un peu plus rapide que la veille; selles fréquentes et fatigantes depuis le lavement. On prescrivit un lavement avec l'opium et l'amidon, et pour boisson l'eau fraîche et la décoction d'orge. Le 2 : cessation des évacuations alvines; pouls encore un peu fréquent, mais mou et compressible; plus de tension ni de sensibilité morbide à l'abdomen. Le 3, pouls presque naturel; application nouvelle du vésicatoire; on accorda une panade et un arrow-root. Le 4 : le malade est déprimé par l'influence du froid extrême de ce jour, (dix degrés au-dessous de zéro, Fahr.). Le 5 : pouls naturel; langue presque nette; le malade est de bonne humeur et demande à manger. Le 9, on retira les points de suture de la plaie, qui était parfaitement cicatrisée; il n'y avait point de douleur; le pouls était naturel, et les selles régulières. La ligature tomba le quarante-deuxième jour.

Après sa guérison, le malade est resté en qualité de domestique dans la famille de M. Mott. Plus tard, il est entré comme cocher

au service d'un habitant de New-York. Lorsque la note précédente a été livrée à l'impression, Charlton jouissait d'une santé parfaite. (*the American Journal of the Medical Sciences, may 1837*).

Obstétrique.

Expulsion de foetus a travers la paroi antérieure de l'abdomen. Obs. Ire, par le Dr. S. H. Harris. — Je fus appelé, le 11 novembre dernier, auprès d'une négresse qui était atteinte de perte utérine. Elle avait environ trente-cinq ans, sa constitution était robuste, elle avait six enfants vivants. D'après ses calculs, elle était dans le huitième mois de sa grossesse. Quelques jours auparavant, étant occupée à faire un lit, elle avait éprouvé tout-à-coup, dans le ventre, une douleur qui avait bientôt été suivie d'un écoulement de sang peu abondant par la vulve. La douleur et l'hémorrhagie se reproduisirent plusieurs fois, sans être assez intenses pour empêcher la malade de se livrer à ses occupations ordinaires. Mais, le jour indiqué, l'hémorrhagie était devenue très-forte, et la douleur très-vive, bien que limitée à un seul côté de l'abdomen. La malade étant pléthorique, et le pouls étant plein et fort, je pratiquai une forte saignée, et je prescrivis, de demi heure en demi-heure, deux grains d'acétate de plomb, unis à un quart de grain d'opium. On appliqua, en outre, des compresses froides sur la région pubienne. Au bout de six heures, l'hémorrhagie devint moins considérable, mais la douleur était tout aussi vive. Je fis une seconde saignée de quinze à seize onces; je continuai l'emploi de l'acétate de plomb avec l'opium, à des intervalles plus éloignés. Je donnai quelques laxatifs, et l'on continua les applications froides. Vingt-quatre heures s'écoulèrent sans qu'il s'opérât aucun changement dans l'état de la malade, si ce n'est que le ventre était plus douloureux à la pression, et que les mamelles étaient un peu gonflées et sensibles. L'hémorrhagie n'était pas abondante; mais sa persistance me fit penser que l'accouchement ne tarderait pas à s'opérer. Je fis une troisième saignée de douze onces, et je supprimai l'emploi de l'acétate de plomb et de l'opium. On ne recourut aux applications froides que de temps en temps. Après avoir attendu pendant vingt-quatre heures, j'explorai l'orifice utérin, qui présentait beaucoup de rigidité, et qui était à peine dilaté. Le doigt, au lieu de traverser une ouverture circulaire à bords minces, comme cela a lieu au terme de la gestation, pénétrait dans un canal étroit, long de plus d'un pouce. Je pus sentir distinctement la tête de l'enfant, enveloppée des membranes; mais le placenta était tout-à-fait hors de ma portée. Après m'être ainsi assuré que ce n'était point une présentation du placenta, et que la rigidité du col utérin excluait l'administration du seigle ergoté, j'introduisis un tampon, je prescrivis cinquante gouttes de laudanum, et je quittai la malade pendant vingt-quatre heures. Je dois dire ici que, jusqu'à ce moment et tous les jours suivants, les intestins furent évacués au moyen de quelques laxatifs, ou de lavements émollients. Le laudanum produisit un peu de sommeil, mais ne changea rien d'ailleurs à l'état de la malade. L'orifice utérin était toujours rigide, inextensible; la douleur était incessante, bien qu'elle ne parût pas agir le moins du monde sur le

contenu de l'utérus. L'hémorrhagie persistait, et, bien que peu abondante, elle commençait à affaiblir la malade, et à m'inquiéter. Vers cette époque (trois ou quatre jours après ma première visite), la tension et la sensibilité des mamelles cessèrent, et les mouvements de l'enfant ne se firent plus sentir; l'eau de l'amnios s'était écoulée. Ces signes de la mort de l'enfant furent bientôt confirmés par l'odeur fétide des liquides qui s'écoulaient. La douleur parut, à cette époque, s'être fixée dans l'hypochondre gauche, où elle resta stationnaire pendant plusieurs jours. La respiration fut, dès le début, gênée par l'accumulation d'un mucus écumeux dans les bronches. Ce symptôme persista pendant toute la maladie, et fut une cause d'anxiété très-vive.

Il me serait impossible de donner une histoire détaillée de ce qui se passa pendant les vingt jours suivants. Diverses conjectures se présentèrent à mon esprit sur la nature des causes qui s'opposaient à l'expulsion du fœtus; mais je ne pus arriver à une conclusion positive: les symptômes ne me permettaient pas de m'arrêter à l'idée d'une rupture de la matrice, et d'ailleurs, je ne pouvais penser à pénétrer de force dans la cavité utérine. L'opération césarienne eût été également téméraire. Le placenta fut éliminé vers le douzième jour, en partie putréfié. Le seigle ergoté fut administré à dose peu élevée; mais l'estomac le rejeta immédiatement. Toutes les tentatives pour vaincre la rigidité du col utérin échouèrent. L'opium, donné à haute dose, ne produisit qu'une diminution temporaire de la douleur. Un petit crochet à pointe mousse fut introduit dans la matrice, et l'on essaya de briser les os du crâne; mais leur solidité rendit cette tentative inutile. Ayant échoué ainsi dans tous mes efforts, je me bornai, pendant plusieurs jours, à examiner de temps en temps le col utérin, et à prescrire les préparations d'opium, les toniques non excitants et les injections destinées à diminuer la fétidité des matières qui s'écoulaient par la vulve. Bien que brisée et affaiblie par la douleur et l'écoulement du sang, la malade avait encore le pouls dur et de l'appétit; et cependant il est difficile de se figurer un état plus pénible, plus inquiétant.

Vers le 10 décembre, la garde-malade me fit remarquer une petite tumeur circonscrite, de la grosseur d'une noix, située un peu au-desssous de l'ombilic, à droite de la ligne blanche. Depuis six ou huit jours, la douleur s'était fixée dans ce point; la tumeur était très-molle et fluctuante; à sa base, on pouvait reconnaître distinctement la présence d'un anneau musculaire très dur, offrant un peu plus d'un demi-pouce de diamètre. Une pression modérée sur la tumeur ne déterminait pas beaucoup de douleur; mais quand l'extrémité du doigt était engagée dans l'anneau, la malade accusait une douleur très-vive. La santé générale de la malade n'avait pas souffert autant qu'on aurait pu le croire; elle était très-amaigrie; mais ses forces s'étaient améliorées, sous l'influence des toniques et de l'alimentation réparatrice qu'on lui avait accordée. Son pouls, bien que fréquent et irritable, n'indiquait aucune tendance à s'affaisser. Dans de telles circonstances, je résolus de temporiser. De larges cataplasmes émollients furent entretenus constamment sur l'abdomen. Le 13, la tumeur avait acquis beaucoup

de volume. L'anneau musculaire avait environ deux pouces de diamètre. La tumeur fut incisée, et il en sortit environ une demi-pinte d'un liquide clair, grisâtre, et une grande quantité de gaz, qui répandit dans la chambre une odeur très-fétide. Une sonde introduite dans la plaie, rencontra une résistance qui ne laissa aucun doute sur la position rapprochée du fœtus. On jugea prudent de ne faire aucune tentative jusqu'au lendemain matin. Le 14, l'incision fut aggrandie ; l'anneau musculaire s'était d'ailleurs dilaté assez pour admettre la main. La masse putride fut alors attirée à l'ouverture au moyen d'une pince et d'un crochet mousse, et je pus la saisir avec la main droite. L'extraction du corps du fœtus fut faite facilement, et n'exigea que l'emploi d'une force modérée. Mais les os du crâne restèrent dans la cavité utérine, ce qui augmenta beaucoup les difficultés de l'opération. Je fus obligé d'introduire la main jusque dans le corps de l'utérus, et de briser les os, afin de les extraire par fragments. On injecta dans la cavité utérine, d'abord de l'eau de savon, ensuite une assez forte décoction de quinquina. Les bords de la plaie furent rapprochés et maintenus avec de longues bandelettes agglutinatives. La plaie fut pansée avec des compresses étroitement serrées, et une large bande fut placée autour de l'abdomen; ensuite on donna une potion opiacée et la malade put goûter, pour la première fois depuis un mois, un sommeil tranquille. La plaie donna issue, pendant plusieurs jours, à une matière très-abondante et très-fétide. Tous les matins on fit des injections, et, pendant plusieurs jours, on appliqua de larges cataplasmes faits avec moitié charbon et moitié quinquina. On continua l'emploi des toniques et de l'opium, ainsi qu'une alimentation réparatrice. Sous l'influence de ce traitement, il se développa bientôt des bourgeons charnus de bonne nature, et l'incision fut cicatrisée entièrement au bout de cinq semaines. Pendant tout le temps que dura le travail de guérison, il me fut facile d'introduire le doigt dans la cavité de la matrice, et je pus voir distinctement la membrane qui tapisse la surface interne de cet organe.

Le cas qui précède est intéressant et rare. La science possède, il est vrai, de nombreux exemples de fœtus qui ont été éliminés par des ouvertures faites en diverses parties des intestins, du périnée, du vagin ou des parois abdominales. Mais dans presque tous ces cas, la grossesse était extra-utérine, ou le fœtus avait passé dans la cavité abdominale, par une rupture de la matrice opérée pendant le travail. Ici, au contraire, le fœtus est resté dans la cavité utérine jusqu'à son expulsion. Il a fallu que la portion antérieure de l'utérus s'enflammât, que cette inflammation, se propageant à la paroi abdominale, déterminât l'adhérence de ces deux parties, etc.

Il n'existe, à notre connaissance, que deux cas qui soient semblables au précédent, et encore n'y trouve-t-on pas, d'une

manière aussi évidente, la preuve que le fœtus était resté dans la cavité utérine L'un de ces faits appartient au professeur Muller, et a été imprimé dans l'*Américan journal*, tom. 4, p 512. L'autre a été communiqué, en 1833, à la société royale de médecine de Copenhague, par Kjar, chirurgien à Holstebroe, dans le Jutland, et a été imprimé dans *Siebold's journal fur Geburtshulfe*, 1835; tom. 15, le voici :

Obs. II. *Par Kjar.* — Dans l'été de 1827, une femme âgée de 39 ans, dans sa cinquième grossesse, éprouvait de vives douleurs abdominales, toutes les fois que son enfant faisait un mouvement; la crainte d'une fausse-couche la porta à consulter une sage-femme, qui après l'avoir explorée, déclara qu'elle n'était pas enceinte. Vers le milieu du mois de décembre, époque à laquelle la femme avait calculé que son accouchement devait avoir lieu, l'ignorante sage-femme affirma encore qu'il n'y avait point de grossesse, bien que les mouvements de l'enfant pussent être vus et sentis, et elle abandonna la femme à son sort, en disant qu'elle était ensorcelée. Pendant plusieurs jours, l'enfant fit sentir des mouvements violents, qui ensuite cessèrent tout à fait. La pauvre femme éprouvait de vives douleurs qui la forcèrent à garder le lit. L'abdomen était extrêmement distendu, et si sensible à la pression, qu'elle ne pouvait même pas supporter le poids des couvertures. Deux mois après cette époque, la malade fut examinée par un médecin, qui fit l'extraction d'une masse charnue que l'on considéra comme une portion de placenta. On ne fit rien de plus. Au bout de cinq semaines, la malade put quitter son lit. Au printemps, elle put marcher dans sa maison, et, trois mois après la cessation des mouvements de l'enfant, les règles parurent. Toutefois elle resta faible et malade pendant tout l'été et tout l'hiver suivant. Vers la fin du printemps, il se forma au-dessous de l'ombilic, une tumeur, qui atteignit graduellement le volume d'un œuf d'oie; cette tumeur s'ouvrit, sous l'influence d'un emplâtre de poix, en juin 1829; il en sortit une grande quantité de liquide inodore. A cette époque, l'ouverture abdominale fut bouchée par une masse charnue qui fut retirée, et sur laquelle on remarqua quelque chose qui ressemblait à un cordon ombilical. Le ventre s'affaissa, mais il devint de nouveau distendu, et la plaie se cicatrisa. Au bout de six semaines, il se fit une nouvelle ouverture, qui laissa écouler un liquide épais et très-fétide. Cet écoulement ne fut pas suivi d'une diminution de la tension abdominale. Le 26 septembre, l'auteur de l'observation vit la malade qu'il trouva couchée, et dans un état d'épuisement; pouls fréquent et plein; langue sèche; constipation; micturition difficile; plaie douloureuse; nausées et même vomissements, déterminés par l'écoulement fétide de la plaie. L'abdomen était dur, douloureux et uniformément distendu. L'ouverture située au-dessous de l'ombilic avait la largeur d'une pièce de quinze sous; à travers cette plaie faisait saillie une masse macérée, couverte de cheveux. Le Dr Kjar, ayant enlevé cette substance avec des ciseaux, sentit intérieure-

ment un os à bords dentelés; quand il retira son doigt, il sortit une grande quantité d'un liquide épais et putride, et ensuite une masse ressemblant à de l'huile rance. Le toucher ne fit reconnaître rien d'extraordinaire, le col utérin était assez alongé, sans aucune dilatation; l'orifice de l'utérus pouvait admettre une sonde, qui cependant ne put pénétrer dans la cavité de l'organe. Le 4 octobre, la malade ayant été transportée à l'hôpital, la plaie abdominale fut dilatée. La malade était extrêmement affaiblie; les mains et les pieds étaient œdémateux, et il paraissait très-douteux que l'on pût obtenir un résultat heureux.

La malade ayant été placée sur un lit, l'opérateur dilata l'ouverture dans la direction de la ligne blanche, et dans une étendue de trois pouces. Il se guida d'abord sur une sonde cannelée, et ensuite sur son doigt. Le crâne du fœtus, préalablement ouvert avec le perforateur de Smellie, fut extrait, et l'on parvint à extraire le reste du squelette, en s'aidant de cet instrument et du scalpel. Il n'y avait aucune trace de placenta, et il ne restait qu'un bout de cordon ombilical, long d'un pouce et demi, et qui était attaché au nombril. Le cerveau et les intestins avaient complètement disparu. Le sac dans lequel le fœtus était renfermé, était adhérent de toutes parts aux parties environnantes; ses parois présentaient plusieurs points osseux; à sa partie la plus déclive, il y avait une espèce d'anneau cartilagineux très-épais, avec une dépression centrale où l'on observait une fente. On fit sortir, au moyen des injections d'eau chaude, une grande quantité de matière membraneuse, putride, non adhérente. Ensuite, les bords de la plaie furent maintenus rapprochés au moyen de la suture, et l'on appliqua un pansement convenable. Après l'opération, qui dura trois quarts d'heure, on administra à la malade deux grains de musc en poudre toutes les deux heures, et, toutes les heures, une dose d'une mixture acidulée, qui contenait du musc. Dans la soirée, la malade accusa de la soif et des vomissements. Il fallut renouveler le pansement, à cause de la quantité de matière qui s'en écoulait. Le lendemain, on fit prendre à la malade du quinquina avec un élixir aromatique acidulé, et alternativement une mixture musquée; on injecta chaque jour dans le sac, du vin de Porto étendu et chaud. Sous l'influence de ce traitement, les symptômes généraux et locaux s'améliorèrent progressivement, le vomissement cessa, la plaie sécréta du pus louable; et, le 13 octobre, la malade put quitter son lit. Pendant les deux ans où elle avait porté son enfant, elle avait été réglée, mais les menstrues avaient cessé de couler après l'opération. Le 23 novembre, il sortit du sang par la plaie. Dans la soirée du même jour, il s'écoula du sang par le vagin, et, en même temps, l'écoulement sanguin de la plaie diminua. A partir de cette époque, les règles reparurent à des intervalles réguliers, par les voies naturelles. Maintenant cette femme est en bonne santé : la plaie abdominale est encore ouverte, mais il s'en écoule peu de matière.

Le Dr. Kjar pense que le fœtus était resté dans la cavité utérine; que l'anneau cartilagineux, situé à la partie inférieure du sac,

n'était pas autre chose que le col de la matrice, et la pression qu'on y observait était l'orifice interne de celui-ci. Plusieurs circonstances, dit-il, tendent à confirmer cette opinion : depuis le commencement de la grossesse, l'abdomen a toujours été distendu uniformément ; en arrière du sac, on ne pouvait rien sentir que la colonne vertébrale ; après l'opération le col de l'utérus s'éleva, et son orifice était solidement fermé. L'impossibilité de l'accouchement par les voies naturelles dépendait de l'état cartilagineux de l'anneau qui avait empêché que la partie inférieure de la matrice se dilatât. (*The American journal*, n°. 39, mai 1837.)

Académie royale de Médecine.

Séance du 26 septembre. — M. Maingault fait une motion tendant à hâter le travail de la commission qui s'occupe des expériences de M. Amussat, dont il importe de connaître au plus vite les résultats. M. Amussat qui appuie la proposition, voudrait de plus, que l'académie nommât 4 à 5 membres pour se joindre à la commission déjà instituée. M. Amussat aurait ainsi l'occasion de faire de nouvelles expériences qui appuieraient les faits qu'il soutient. De son côté, l'académie aurait un jugement plus compétent et plus impartial, la commission comptant dans ses rangs des membres libres de toute idée préconçue. M. Gerdy relève vivement la proposition de M. Amussat qu'il regarde comme injurieuse à la commission, et déclare que quant à lui, si l'académie l'agréait, il se retirerait à l'instant même du nombre des commissaires. — La proposition de M. Amussat n'est pas accueillie.

Scarificateurs nouveaux. — M. Thillaye fait un rapport favorable sur deux scarificateurs inventés, l'un par M. Charrière, l'autre par M. Lafargue.

Nouveau procédé pour amputer la verge. — M. Cullerier fait un rapport verbal sur une observation de M. Lasserre, membre correspondant de l'académie, observation relative à un nouveau procédé pour amputer la verge, et qui consiste à ne couper les tissus que couche par couche en liant successivement les vaisseaux. Le sujet opéré par M. Lasserre avait un cancer de la verge et a guéri en deux mois. — M. Cullerier trouve que M. Lasserre redoute trop l'hémorrhagie du moignon de la verge ; tout en ren-

dant justice à l'habileté de cet opérateur, il ne pense pas que son procédé ait une importance assez grande pour qu'on doive le substituer à tous ceux généralement usités.

Nouveau lit a sangle mobile, *par M. le docteur Nicole.* — M. Cullerier en son nom et ceux de MM. Moreau et Amussat, lit un second rapport détaillé sur un lit inventé par M. le Dr. Nicole, et qui est applicable à tous les malades obligés de garder longtemps la position horizontale. La sangle mobile sur laquelle repose le malade permet de déplacer sans ébranlement, soit la totalité, soit une partie du corps, et d'y porter tous les appareils à pansements. La commission, après s'être livrée à un examen comparatif, conclut que le lit de M. Nicole l'emporte par sa supériorité sur tous les lits de ce genre connus jusqu'à ce jour, par sa simplicité, la facilité de sa confection et propose à l'académie de sanctionner cette décision par son entière approbation. — Les termes de cette conclusion provoquent une discussion assez animée dans laquelle est attaquée la forme explicite qui donne au lit de M. Nicole, la supériorité sur tous les lits à sangle mobile *connus*. La commission les connaît-elle tous? Divers amendements sont proposés, la commission n'en accepte aucun. — Enfin, M. Double propose le renvoi à la commission, qui se chargera elle-même de la nouvelle rédaction de la conclusion. (*Adopté.*)

Dents artificielles.—M. Duval lit un mémoire sur l'ivoire des dents considéré comme substance propre à la construction des dents, et présente un grand nombre de pièces indiquant les différentes variétés de cette substance.

Séance supplémentaire du 30 *septembre.* — Efficacité des frictions d'huile de croton tiglium dans les gastralgies et les bronchites chroniques.—M. Louyer Villermay fait un rapport sur un mémoire de M. le Dr. Boileau relatif aux effets de l'huile de croton dans les affections chroniques de l'estomac et principalement dans les gastralgies. M Boileau cite 7 observations où les frictions exercées sur l'épigastre avec cette substance, ont eu le plus grand succès dans les cas dont il s'agit. Les sujets traités étaient affectés depuis long temps de douleurs intenses à l'estomac avec ou sans vomissements; parmi ces malades figurent une femme enceinte, dont l'estomac ne pouvait supporter aucune espèce d'aliment ni de boisson, et un jeune enfant atteint à la fois d'abcès par congestion et de gastralgie, mais celle-ci tellement intense qu'elle menaçait plus directement sa vie que la lésion vertébrale.— Les frictions ont été faites avec 8 gouttes d'huile de croton. Une

rougeur érysipétaleuse, puis une éruption boutonneuse suivirent ces frictions. Chez l'enfant il y a eu de plus des garde-robes abondantes. M. le rapporteur joint aux observations de M. Boileau plusieurs faits qui lui sont propres et qui confirment les premières. Il a ainsi guéri par des frictions avec de l'huile de croton plusieurs affections chroniques de la poitrine notamment, des catarrhes invétérés. L'huile étendue sur le thorax y était retenue par l'application d'un morceau de sparadrap. Une gastro-entérite rebelle a également cédé à ces frictions sur l'ombilic; il y a eu aussi des garde-robes de provoquées. M. le rapporteur est de l'avis de M. Boileau, que l'huile de croton agit plus fidèlement en frictions qu'administrée à l'intérieur. Il s'appuie sur les faits cités par MM. Andral et Bally, qui prouvent que la dose de dix, quinze, vingt et même trente gouttes d'huile est souvent restée sans efficacité.

M. le rapporteur propose à l'Académie de remercier l'auteur de sa communication, et de l'engager à continuer ses expériences. — M. Louis fait remarquer qu'ici les frictions avec l'huile de croton ne paraissent pas avoir agi différemment que les révulsifs ordinaires. Il objecte surtout à M. Louyer-Villermay qu'il a fait usage en même temps du sparadrap et de l'huile de croton, et que peut-être le premier a droit de réclamer une grande part d'action dans les résultats obtenus. M. Louyer-Villermay avoue que des essais comparatifs avec d'autres révulsifs, sont nécessaires avant qu'on doive tirer des conclusions absolues sur l'action de l'huile de croton, en frictions.

Séance du 3 octobre. — On remarque dans la correspondance, une lettre de M. Robert de Marseille, qui annonce la cessation du choléra dans cette ville. Sur la proposition de M. Villeneuve, des remercîments seront adressés à M. Robert, pour le zèle qu'il a mis à entretenir la compagnie des circonstances intéressantes que vient de présenter la dernière épidémie à Marseille.

Lit a sangle mobile. — M. Cullerier lit la rédaction définitive des conclusions de son rapport sur le lit de M. Nicole. — Elles sont ainsi conçues : 1° l'appareil de M. Nicole est supérieur à tout ce que la commission a connu en ce genre; 2° remercier l'auteur pour son utile invention; 3° voter des encouragements. — Après quelques discussions encore, ces dernières conclusions sont adoptées.

Traitement de la phthisie pulmonaire.—M. Honoré fait un rapport sur un mémoire de M. Sue de Marseille, concernant le traite-

ment de la phthisie pulmonaire. M. Sue n'admet pas exclusivement comme le voulait Laennec, la phthisie tuberculeuse ; il admet encore une phtisie syphilitique et une phthysie due à une pneumonie chronique. — M. Sue trouve beaucoup d'exemples de ces dernières formes de la phthisie dans les auteurs, mais n'en a recueilli par lui-même, qu'un petit nombre d'observations. — Le traitement que M. Sue emploie varie, mais en général il se sert des moyens suivants : 1° saignées générales et locales, 2° vomitifs répétés, émétiques, ipécacuancha, 3° limaces crues, 4° frictions éruptives sur le thorax ; 5° enfin, usage du sirop de digitaline.—M.Sue croit que la phthisie au premier et au deuxième degrés,guérit par résorption des tubercules: aussi a-t-il recours concurremment avec les remèdes à la compression du thorax ; enfin, dans quelques cas exceptionnels, M. Sue ne craint pas de proposer une opération chirurgicale qui consisterait à pratiquer l'ablation de la portion malade des bronches à l'aide de la ligature.—Si M. le rapporteur ne peut,dans l'état actuel de la science, adopter les vues de M.Sue sur les variétés de phthisie qu'il admet, d'un autre côté, le diagnostic, dans le cas où la médication qu'il préconise a été appliquée, étant contestable, il est difficile encore de se prononcer sur l'efficacité réelle du traitement; toutefois M. le rapporteur propose de le remercier de sa communication, de l'engager à continuer ses recherches, et le dépôt de son mémoire dans les archives de l'Académie. — M. Pelletier prend la parole, et déclare que le sirop de *digitaline* n'a pu être administré, car la digitaline est encore à découvrir, malgré les recherches provoquées par l'école de pharmacie de Paris, qui en a fait le sujet d'un concours. Il n'y a que le charlatanisme de quelques pharmaciens, et l'ignorance, qui puissent propager un abus de termes que l'Académie ne doit pas tacitement accréditer. — M. Honoré fait observer que M. Sue n'est pas pharmacien, et a accepté de bonne foi le sirop qu'on lui a donné comme étant de *digitaline*,—M.Nacquart ne voit pas pour quoi l'Académie encouragerait M. Sue à continuer des expériences dans le cas où, de l'aveu de M. le rapporteur, le diagnostic de la maladie traitée est tout à fait indécis.— Il propose le simple dépôt du mémoire aux archives.—M. Bouillaud parle dans le même sens. M. Londe croit se rappeler que Cullerier neveu admettait une phthisie syphilitique. M. Cullerier réplique qu'en effet la syphilis active fréquemment la marche des tubercules pulmonaires quand ils préexistent, mais quant à une phthisie réelle et spéciale, elle n'existe pas, quoique quelques lésions chroniques de la poitrine aient souvent disparu sous l'influence d'un traitement mercuriel.

M. Lagneau cite à ce propos le cas d'un chanteur de l'opéra qui après une vérole fut affecté de tous les signes rationnels de la phthisie pulmonaire, depnis l'hémoptisie jusqu'au crachement du pus et le marasme. Cet acteur, condamné comme phthisique a été soumis par M. Lagneau à un traitement spécifique et a si bien guéri qu'il se livre aujourd'hni sans inconvénient à ses fouctions de chanteur. Le rapport de M. Honoré est mis aux voix et adopté avec l'amendement proposé par M. Nacquart.

Cathétérisme oesophagien. — M. Renault termine la séance par un rapport sur un nouveau mode de cathétérisme œsophagien, proposé par M. Lafargne de St.-Emilion. Ce procédé consiste à introduire par une des narines la sonde de Belloc, à faire avancer le dard dans l'arrière-bouche, et à y attacher un fil dont un chef doit sortir par la bouche, et enfin à faire passer par son aide l'extrémité antérieure d'nne sonde œsophagienne dans la narine en le tirant d'arrière en avant. M. le rapporteur trouve le procédé de M. Lafargue trop compliqué, et ne valant pas les procédés généralement employés. (Dépôt aux archives).

Lithotritie chez un enfant. — M Bossion présente un enfant de 11 ans qu'il a lithotritié avec succès. Le calcul avait 12 lignes de diamètre, il a été attaqué avec l'iustrument de M. Ségalas, et a été détruit en six seances fort conrtes.

Séance du 10 *octobre.* — Correspondance. 1°. Lettre de M. le doyen de la faculté qui invite l'académie à nommer quatre juges pour le concours de la chaire d'hygièue qui doit s'ouvrir le 3 novembre prochain.

2°. Lettre de M. Zarlenga, professeur de médecine à Naples. —M. Zarlenga donne des détails sur les principaux traits de l'épidémie du choléra qui vient de régner à Naples. Les environs du Vésuve ont été ravagés autant que la ville, ce qui dément l'opinion de l'influence salutaire des exhalaisons sulfureuses et carboniques. Grand nombre d'épizooties ont frappé, notamment les volatiles, les chiens et les chevaux. Beaucoup de femmes enceintes ont été victimes. — Les affections rhumatiqnes printanuières à Naples ont disparu à compter du mois de mai, époque où le choléra a éclaté. Les affections vermineuses ont été très communes et ont compliqué souvent le choléra. Les vomissements, les coliques et les cyanoses si fréquentes dans la première invasion, ont été très-rares dans celle-ci. — Des hémorrhagies utérines ont souvent été des crises heureuses. — M. Zarlenga a constaté que chez plusieurs personnes qui avaient été atteintes lors de la première inva-

sion, la convalescence cette fois a été remarquablement rapide. Le traitement antiphlogistique a été généralement le plus efficace. — A Naples, toutes les notabilités médicales ne croyaient plus à la contagion.

3°. Lettre de M. Guerra de Bergame, chirurgien en chef de l'hôpital de cette ville, avec envoi d'un gorgeret tranchant à lame cachée.— Cet instrument, de l'invention de ce chirurgien, est destiné à éviter la blessure de l'intestin rectum et celles des artères honteuses dans la taille périnéale. Sa forme est celle du gorgeret ordinaire dont il offre aussi le volume. Fendu longitudinalement vers sa pointe, il renferme dans cette fente une petite lame tranchante terminée en bouton; cette lame agit à volonté en appuyant sa pointe boutonnée contre les cannelures du cathéter.

Élection des juges de concours pour la chaire d'hygiène. — D'après les termes du réglement, dix membres doivent d'abord être élus indistinctement dans toutes les sections. De ces dix membres cinq doivent ensuite être tirés au sort : quatre pour être juges, et le cinquième, supléant. Le choix tombe, dans cette séance, sur MM. Londe, Gasc et Reveillé-Parise.

Phthisie syphilitique. — M. Marc réclame une rectification dans les détails du fait communiqué par M. Lagneau, dans la dernière séance. — Le malade en question était un acteur d'un théâtre secondaire.—C'est M. Marc qui, après avoir pris l'avis de MM. Lagneau et Andral, l'a soigné d'après la méthode de Scattigna de Naples, par applications et non par frictions mercurielles. — Dès la dixième application, le mieux était sensible; et, à la quarantième, la guérison s'acheva. Cet homme, âgé de quarante-six ans, présentait en effet tous les signes rationnels de la phthisie; mais l'auscultation ne découvrait aucun signe physique. Il y avait des exostoses au tibia. — Après s'être livré à son métier de chanteur pendant quelque temps, cet homme s'est retiré en province. M. Marc a appris qu'il était mort; mais il ne sait pas de quelle maladie. Il s'en informera et en fera part à l'Académie.

Séance du 17 octobre. — Élection pour les juges du concours d'hygiène. — La séance est presque en entier absorbée par cette élection. — Le choix a tombé, cette fois, sur MM. Renauldin, Husson et Pelletier.

Spina-ventosa de la machoire inférieure. — M. Blandin présente un malade sur lequel il a enlevé une énorme tumeur carcinomateuse de la mâchoire inférieure. Cette tumeur avait le volume du poing d'un homme adulte et occupait le côté gauche de la mâ-

choire. M. Blandin a scié l'os près du condyle et près de la symphise du menton. Il n'a point suivi le procédé ordinaire. Au lieu de fendre la lèvre inférienre et l'angle buccal correspondant, il a pratiqué une longue incision à convexité inférieure, et s'étendant de la fossette mento-labiale à l'arcade zygomatique. Des deux larges lambeaux qui en sont résultés, l'un a été soulevé en haut, l'autre en bas, et la tumeur a été mise en entier à découvert. — C'est alors que M. Blandin a pratiqué la section de l'os. — La plaie simple a été réunie par des points de suture entortillée et la guérison a été prompte. — L'examen de la pièce préparée et sèche, montre les deux tables du maxillaire inférieur très-écartées, au point que la postérieure est à peu près horizontale au niveau de la symphise. Ces lames osseuses sont en outre criblées de trous; l'intérieur de l'espèce de caverne qui résulte de cet écartement des lames de l'os est hérissé d'aspérités; mais le parenchyme osseux paraît sain, il est blanc et dur. M. Blandin déduit de toutes ces apparences que le carcinôme a dû naître dans le canal médullaire. — Ce fait a plusieurs analogues dans les auteurs; mais ceux qui s'en rapprochent le plus se trouvent cités par Astley Cooper. Dans un cas, le carcinôme s'avançait teltement dans la cavité buccale qu'il avait refoulé l'épiglotte, bouché la glotte et déterminé l'asphyxie.

Séance du 24 octobre.—Cette séance, comme la précédente, est à peu près remplie par l'élection des membres parmi lesquels doivent être tirés au sort les juges du concours d'hygiène. — Les membres élus sont : MM. Gueneau de Mussy, Bricheteau, Delens, et Gérardin. — Le nombre des dix membres étant complet, le sort désigne comme juges, MM. Londe, Gasc, Renauldin, Delens. Suppléant, M. Pelletier.

Foetus monstre vivant. — M. Ollivier d'Angers présente un fœtus monstre vivant, âgé de onze jours. Au coté gauche de la tête est une énorme poche aqueuse, molle, fluctuante, transparente, du volume de la tête naturelle. On ne peut s'assurer si elle communique avec la cavité crânienne. — L'œil droit occupe le milieu du front; la cornée est opaque et suppure. L'œil gauche est caché par la tumeur hydrocéphalique; la lèvre supérieure et la voûte palatine sont fendues; la langue, de forme ronde, sèche et noire, remue au milieu de la fente buccale.—Tous les doigts manquent des dernières phalanges; les moignons sont couverts de cicatrices régulières comme s'ils eussent été amputés, et sont joints ensemble par une production membraniforme. Les deux pieds sont tournés en dedant, (Varus). La jambe gauche offre, vers son tiers inférieur, une

division complète des parties molles et dures, réunie par une cicatrice circulaire. La dépression de cette cicatrice pourrait faire croire que la jambe a été étranglée et coupée par une ficelle. La section inférieure de la jambe est jointe à la supérieure par une articulation accidentelle. — Mais ce qui surtout est digne d'attention, c'est l'existence d'un vaisseau sanguin, qui, partant de la scissure de la jambe, va se joindre aux vaisseaux du cordon ombilical. Ce vaisseau, du reste, s'est converti en un ligament après la ligature du cordon. — Chaussier a déjà rencontré à la maternité, des cas de scissure congénitale des membres; Monteggia en a aussi observé un exemple remarquable; mais la communication vasculaire que l'on constate ici, n'avait pas encore été rencontrée. Dès que l'autopsie permettra de compléter cette observation, M. Ollivier fera part de tous les détails à l'Académie.

Académie royale des Sciences.

Séance du 23 octobre.—Embryologie.—M. Serres lit une note sur l'*anatomie des mollusques comparée à l'ovologie et à l'embryogénie de l'homme et des vertébrés.* L'auteur annonce une série de travaux dans lesquels il comparera l'organisation des mollusques à celles des vertébrés, en établissant la comparaison non point avec les animaux supérieurs à l'état adulte, ainsi qu'on a essayé jusqu'à présent de le faire, ce qui, suivant M. Serres, rend presque impossible l'établissement des analogies, mais avec ces mêmes animaux à l'état fœtal ou embryonnaire, ou, pour s'exprimer plus clairement, (car jamais à aucune époque de son développement, le vertébré n'est assimilable dans son ensemble à un mollusque), en rapprochant des organismes temporaires composant l'ovologie et l'embryogénie de l'homme et des vertébrés, les organismes permanents des mollusques.

Chimie organique.—M. Dumas lit un mémoire sur l'*état actuel de la chimie organique.* La chimie minérale, dit l'auteur, s'occupe de l'histoire des corps élémentaires, de celle de leurs combinaisons binaires et de celles de leur combinaisons salines. Or, les corps élémentaires se divisent en quelques groupes très-naturels, de telle sorte que si l'on étudie attentivement les propriétés de l'une des espèces d'un groupe, on peut presque toujours prévoir, deviner les propriétés des espèces qui l'avoisinent: l'étude de l'oxygène nous apprend l'histoire du soufre; celle du chlore suffit pour nous initier aux moindres détails des propriétés de l'iode, etc. Cette tâche, qui paraissait au-dessus des forces humaines, car il ne

s'agissait pas moins que d'analyser des milliers de substances très-diverses d'aspect et de propriété, cette tâche s'est pourtant accomplie en moins d'un demi-siècle, et il reste à peine, çà et là, quelques lacunes à combler.

On conçoit facilement qu'avec les 54 élémens reconnus aujourd'hui on puisse, à l'aide d'un très-petit nombre de combinaisons et en formant tous les composés binaires ou tous les sels possibles, donner naissance non seulement à tous les composés connus dans le règne inorganique, mais faire naître en outre un très-grand nombre de composés analogues.—Mais comment appliquer avec quelque succès de telles notions à la chimie organique? Là on ne rencontre pas moins d'espèces que dans la chimie minérale, et elles n'y sont pas moins diverses. Et pourtant, au lieu de 54 élémens, on n'en rencontre guère plus de 3 ou 4 dans le plus grand nombre des composés connus. En un mot, comment, à l'aide des lois de la chimie minérale, peut-on expliquer, classer les êtres si variés qu'on retire des corps organisés, et qui presque tous sont formés de charbon, d'hydrogène et d'oxygène, éléments auxquels l'azote vient s'ajouter quelquefois?

C'était là une grande et belle question de philosophie naturelle, une question bien faite pour exciter au plus haut degré l'émulation des chimistes; car une fois résolue, les plus beaux triomphes étaient promis à la science. Les mystères de la végétation, ceux de la vie animale, allaient se dévoiler à nos yeux; nous allions saisir la clef de toutes les modifications de la matière, si promptes, si brusques, si singulières, qui se passent dans les animaux ou les plantes; bien plus, nous allions trouver le moyen de les imiter dans nos laboratoires. — Eh bien, cette grande et belle question est aujourd'hui résolue. Il reste seulement à dérouler toutes les conséquences que sa solution entraîne. Et certes, il eût été difficile d'imaginer rien qui fût digne d'être mis en comparaison avec ces lois simples, régulières et si belles que l'expérience nous a dévoilées depuis quelques années. — En effet, pour produire avec trois ou quatre éléments des combinaisons aussi variées et peut-être plus variées que celles qui composent le règne minéral tout entier, la nature a pris une voie aussi simple qu'inattendue, car avec les éléments elle a fait des composés qui jouissent de toutes les propriétés des corps élémentaires eux-mêmes; et c'est là tout le secret de la chimie organique.

Ainsi la chimie organique possède ses élémens à elle, qui tantôt jouent le rôle qui appartient au chlore ou à l'oxygène dans la

chimie minérale, et tantôt au contraire joue nt le rôle des métaux. Le cyanogène, l'amide, le benzoïle, les radicaux de l'ammoniaque, les alcools et des corps analogues, voilà les vrais éléments sur lesquels la chimie organique opère et non point les éléments définitifs, charbon, hydrogène, oxygène, azote, élémens qui n'apparaissent que lorsque toute trace d'origine organique a disparu. Pour nous la chimie minérale embrasse tous les corps qui résultent de la combinaison des éléments proprement dits. La chimie organique, au contraire, doit réunir tous les êtres formés par des corps composés fonctionnant comme le feraient des éléments. — Dans la chimie minérale les radicaux sont simples; dans la chimie organique les radicaux sont composés : voilà toute la différence. Les lois de combinaison, les lois de réaction sont d'ailleurs les mêmes dans les deux branches de la chimie.

Peut-être pourrions-nous ajouter, continue l'auteur, par une de ces prévisions de l'avenir qui sont permises au point de vue philosophique, que la moins avancée des deux chimies qu'on vient de définir n'est pas celle que l'on pense. En effet, si les radicaux de la chimie minérale, si l'oxygène, ni le souffre, si les métaux sont des corps composés, nul ne saurait prévoir comment et quand leur décomposition pourrait s'opérer. Si elle est possible, cette décomposition exige l'emploi de forces qui nous sont inconnues. Dans la chimie organique la difficulté est bien moindre, et elle est précisément inverse. Là, en effet, les radicaux sont composés, on le sait. Tout l'art du chimiste consiste à les manier en évitant leur destruction, qui les ramène vers l'état minéral, c'est-à-dire à l'état d'éléments vraiment indécomposables. Ce passage des éléments organiques composés à leurs éléments organiques simples peut se prévoir, s'empêcher, car il a lieu d'après les lois faciles à saisir. Aussi est-il presque toujours possible de reconnaître un radical organique et de le faire passer d'une combinaison dans une autre sans qu'il se résolve en ses éléments organiques.

La chimie organique présente donc des radicaux qui jouent les uns le rôle des métaux, les autres un rôle analogue à celui de l'oxygène, du chlore et du souffre, etc. Ces radicaux se combinent entre eux ou avec les éléments proprement dits, et donnent naissance, au moyen des lois les plus simples de la chimie minérale, à toutes les combinaisons organiques.

M. Dumas fait connaître ici le projet de la grande série de travaux que lui et M. Liebig, après des discussions plus ou moins animées, ont conçu dans l'intérêt de la science. Il expose la marche

qu'ils se proposent tous deux de suivre. Toutes les substances organiques seront analysées par eux, si déjà elles ne l'ont pas été. Ils soumettront à une vérification attentive toutes les analyses publiées, et supplient les chimistes de vouloir bien soumettre les leurs aux mêmes épreuves. Rien de plus nécessaire à tous que des analyses dont on soit sûr et qu'on puisse employer avec pleine confiance dans ces conceptions systématiques qu'une expérience ultérieure vient souvent confirmer et qui servent de point de départ aux recherches les plus heureuses. Leur but principal étant de bien caractériser les divers corps, il s'attacheront surtout à mettre en lumière les réactions propres à chacun d'eux, à déterminer les poids atomiques. Les deux savants ont pris dès long-temps le soin de se préparer des collaborateurs pleins de zèle, en ouvrant leur laboratoire à tous les jeunes gens qu'animait un véritable amour de la science.

VARIÉTÉS.

Arrêtés du Ministre de l'Instruction publique concernant les Facultés et dans les Écoles secondaires de médecine.

Les institutions médicales réclament depuis long-temps des améliorations qu'elles attendent toujours. Des projets de loi sont préparés de tous côtés. Les avis n'ont pas manqué : corps constitués, sociétés libres, individus isolés, tous ont apporté le tribut de leurs méditations. Nous n'oserions affirmer qu'il fût facile d'accorder tous les donneurs de conseils, tous les artisans de législation. Quoi qu'il en soit, les choses vont comme par le passé; la loi impatiemment attendue reste dans les cartons des ministères passés et présents, et pourra bien passer aux ministères futurs dans le bagage administratif qui se transmet et s'accepte sans conséquence, au milieu des successions rapides dont nous sommes témoins. Heureusement, un homme que sa double profession de Doyen de la Faculté de médecine de Paris et de membre du Conseil d'instruction publique, met à même de juger parfaitement les besoins de l'enseignement, et dont le zèle et l'activité viennent à bout d'exécuter ce qui ne serait encore que dans la pensée de beaucoup d'autres, M. Orfila, secondé par les intentions favorables du ministre de l'instruction, a cherché à suppléer, dans le cercle des attributions administratives, aux améliorations plus vastes réservées à la loi qui doit être portée aux Chambres. Après une inspection des Facultés et des écoles secondaires de médecine de France, M. Orfila a adressé à ce ministre un rapport dans lequel il expose l'état des choses et signale les améliorations qu'il croit nécessaires d'apporter dans ces institutions. C'est d'après les vues exposées dans ce

rapport qu'ont été rédigés les arrêtés dont nous donnons ci-après le texte.

Un des plus grands services qu'aura rendus M. Orfila à la science, c'est, nous le croyons, la réorganisation des écoles secondaires de médecine. La plupart de ces écoles étaient comme nulles. La vie nouvelle qui leur est rendue est un véritable bienfait, et pour l'instruction des élèves dont elles faciliteront les études, et pour la propagation des connaissances médicales dont elles seront autant de foyers dans des lieux où trop souvent la science est bornée à un cercle étroit tracé par la pratique la plus vulgaire. Les écoles secondaires, bien dirigées et auxquelles la loi nouvelle pourra donner plus d'importance, suivant l'expérience qui sera faite de leur utilité et des moyens d'en améliorer l'organisation, seront des carrières ouvertes à de jeunes capacités qui s'engourdiraient et finiraient, comme presque toutes les autres, par s'éteindre dans la vie peu scientifique des provinces.

Les modifications apportées aux examens dans les Facultés nous semblent d'une grande utilité. Nous n'approuverons pas aussi entièrement la forme nouvelle du dernier examen. A une dissertation du choix du candidat, on a substitué une thèse rédigée d'après des questions proposées par la Faculté, et ayant pour objet quelques points de toutes les sciences médicales. S'il s'agissait d'une composition écrite et faite sans le secours des livres, l'épreuve serait excellente. Mais, comme dissertation imprimée et soumise à la discussion, il n'en est pas de même : ce n'est plus qu'un examen ordinaire. On aura, sans en avoir les avantages, à peu près tous les inconvénients des thèses, telles qu'elles sont aujourd'hui, inconvénients qu'avec quelque sévérité les Facultés pourraient diminuer. Beaucoup de dissertations inaugurales ont été les premières ébauches d'ouvrages recommandables, qui n'auraient peut-être pas vu le jour sans la nécessité de cette dernière épreuve. Un plus grand nombre forment d'excellentes monographies que leurs auteurs n'auraient certainement pas composées, s'ils eussent eu en vue d'autres conditions de remplir la dernière formalité de leur réception au doctorat. La plupart des thèses sont, il est vrai, détestables, sont des plagiats continuels. Que seront, nous le demandons, les nouvelles thèses, dont les sujets tirés au sort tomberont presque toujours sur ceux qui sont les moins propres à les traiter, sinon nos traités classiques retournés; en outre, la série de questions proposables ne s'épuisera-t-elle pas bientôt? Enfin, le dirons nous, sans attacher une grande importance à la pompe et aux choses tout extérieures, nous regrettons de voir s'effacer le caractère solennel ou du moins tout particulier du dernier acte où se soutient et se discute une dissertation présentée par le libre choix du candidat. Celui-ci, près de franchir le dernier pas qui le sépare encore de ses maîtres, près de devenir leur confrère, leur égal, sous certains rapports, a plus à faire que de donner la preuve des connaissances qu'il a puisées dans les cours de la Faculté sur toutes les parties de la science : les examens antérieurs qu'il a subis ont dû en fournir la garantie. Livré à des études propres, à une direction spé-

ciale, chacun est appelé alors à venir présenter le fruit de ses méditations, et à défendre librement ses opinions contre ses maîtres mêmes, et reçoit ainsi, par cette liberté qui lui est donnée, la consécration de la nouvelle dignité qui va lui être conférée.

Nous ne faisons, du reste, ces réflexions qu'avec quelque hésitation. L'expérience décidera. Peut-être eût-il été possible de combiner l'ancien et le nouveau mode, en exigeant à la fin de la dissertation, l'insertion de propositions ou de questions données par les Facultés. Ces propositions, qui auraient pour objet divers points des sciences médicales, et sur lesquelles le candidat aurait à répondre, remplaceraient avantageusement ces éternels aphorismes d'Hippocrate qui terminent toutes les thèses, et qui ne peuvent guères donner lieu qu'à des discussions semblables à celles que vit le moyen âge.

Le Conseil, sur le rapport de M. le Conseiller chargé de ce qu concerne les écoles de médecine : Vu les art. 3, 4 et 7 8 de l'arrêté du gouvernement du 20 prairial on XI; Vu l'art. 23 de l'ordonnance du 2 février 1823; Vu l'art. 1er de l'arrêté du Censeil du 12 avril 1823; Vu l'art. 1er du statut du 9 avril 1825; Vu l'art. 4 de l'arrêté du Conseil du 22 octobre 4825; arrête ce qui suit :

Art. 1er. *Inscriptions.* — A dater du 1er janvier 1838, les inscriptions dans les Facultés de médecine seront délivrées dans la dernière quinzaine des trimestres, et seulement aux élèves qui auront préalablement constaté leur présence dans ces Facultés dès le commencement des trimestres, en signant sur un registre qui ne restera ouvert que du 2 au 6 novembre, du 2 au 6 janvier, du 1er. au 6 avril et du 1er. au 5 juillet.

Art. 2. *Cours.* — Les cours des Facultés de médecine seront divisés en cours de 1re., de 2e., de 3e. et de 4e. année, et les étudians seront tenus de les suivre dans l'ordre ci-après :

1re Année. *Sémestre d'hiver* : Anatomie et dissections ; Chimie médicale. — *Sémestre d'été.* Histoire naturelle médicale ; physique médicale; pharmacie et chimie organique; physiologie; visites dans les hôpitaux pour se familiariser avec les objets qui sont du ressort de la petite chirurgie.

2e. Année. *Sémestre d'hiver :* Anatomie et dissection ; pathologie générale ; pathologie et clinique internes. — *Sémestre d'été* : physiologie ; pathologie et clinique externes ; Pathologie interne.

3e. Année. *Sémestre d'hiver* : Dissection ; clinique et pathologie externes ; patholodie interne. — *Sémestre d'été :* Pathologie externe ; pathologie et clinique internes ; médecine opératoire ; accouchements.

4e. année. *Sémestre d'hiver* : Pathologie et clinique internes ; clinique d'accouchements ; médecine légale. — *Sémestre d'été* :

Clinique interne ; clinique d'accouchements ; anatomie pathologique ; matière médicale et thérapeutique ; hygiène.

Art. 3. *Examens*. — A dater du 1er. novembre 1837, les élèves qui se présenteront devant les Facultés de médecine pour y subir des examens, seront interrogés un à un pendant trois quarts d'heure à chaque examen.

Art. 4. *Thèses*. — A dater du 1er janvier 1838, la thèse à soutenir devant les facultés de médecine consistera en une série de questions sur plusieurs branches de l'enseignement médical, rédigées en conseil royal de l'instruction publique, que les candidats seront tenus de résoudre et de faire imprimer.

Ces questions, au nombre de quatre, porteront, l'une sur les sciences physiques, chimiques et naturelles, une autre sur l'anatomie et la physiologie, une autre sur les sciences chirurgicales, une autre enfin sur les sciences médicales proprement dites. Elles seront tirées au sort parmi celles qui auront été préalablement déposées dans quatre urnes distinctes, et le tirage se fera en présence des doyens, dès que les candidats auront subi le quatrième examen.

Il sera d'ailleurs permis aux candidats qui voudront traiter un sujet *ex professo*, d'ajouter à ce programme obligatoire une dissertation inaugurale.

Art. 5. A dater du 1er. novembre 1837, il y aura seulement quatre examinateurs à la thèse, y compris le président, savoir : deux professeurs et deux agrégés. Le président interrogera comme les autres juges, et il aura voix prépondérante en cas d'égalité de suffrages.

Art. 6. Les jurys d'examens et de thèses pourront, s'ils le jugent convenable, d'après le résultat de l'examen, imposer aux candidats un ajournement dont la durée ne pourra être moindre de trois mois ni excéder un an.

Nouvelles dispositions reglementaires sur les écoles secondaires de médecine. Le Conseil, sur le rapport de M. le conseiller chargé de ce qui concerne les écoles de médecine ; Vu les art. 3 et 4 de l'arrêté du gouvernement du 20 prairial an XI ; vu l'ordonnance du 18 mai 1820 ; vu l'art. 9 du conseil du 7 novembre 1820 ; Arrête ce qui suit :

Art. 1er. A dater du 1er janvier 1838, les inscriptions dans les écoles secondaires seront délivrées dans la dernière quinzaine des trimestres, et seulement aux élèves qui auront préalablement constaté leur présence dans ces écoles dès le commencement des tri-

mestres, en signant sur un registre qni ne restera ouvert que du 2 au 6 novembre, du 2 au 6 janvier, du 1er au 5 avril, et dn 1er au 5 juillet.

Art. 2. Les cours des écoles secondaires de médecine seront divisés en cours de première, de seconde, de troisième et de quatrième année.

Art. 3. Les étudians de première année seront tenus de suivre, pendant le sémestre d'hiver, les cours de chimie médicale et de pharmacie, l'anatomie et les dissections ; et pendant le sémestre d'été, ceux d'histoire naturelle médicale et de physiologie. Ils assisteront en outre, à dater du mois d'avril, aux visites des hôpitaux, pour se familiariser avec les objets qui sont du ressort de la petite chirurgie.

Les étudiants de seconde année suivront en hiver l'anatomie et les dissections, la pathologie et la clinique externes; et pendant le sémestre d'été, la pathologie et la clinique externes, et la pathologie interne.

Les étudiants de troisième année assisteront pendant l'hiver aux cours de pathologie et de clinique externes et de pathologie interne, et continueront à disséquer ; pendant l'été, ils suivront les cours de pathologie interne et externe, de médecine opératoire, d'accouchements et de clinique interne.

Les étudians de quatrième année seront tenus de suivre, pendant le sémestre d'hiver, la pathologie et la cliniqne internes, et les accouchements; et pendant le sémestre d'été, la médecine opéraroire, la matière médicale et la clinique interne.

Art. 4. Tous les ans, à la fin d'août, les élèves ayant pris quatre, huit, douze ou seize inscriptions dans les écoles secondaires de médecine, seront tenus de subir, sans frais, un examen de trois qnarts d'heure sur les matières des cours qu'ils auront dû suivre, conformément au programme mentionné dans l'art. 2.

Art. 5. Les étudiants qui auront satisfait à ces examens recevront un certificat qni ne leur conférera ancnn grade, sur le vn duquel seulement ils pourront être admis à prendre de nonvelles inscriptions dans les écoles secondaires, et à échanger contre des inscriptions de facnlté celles qu'ils anront prises dans ces écoles. Le certificat à obtenir après l'examen sera exempt de tout droit, et délivré sous le visa dn recteur.

Art. 6. Les élèves qui n'auront pas satisfait à ces examens pourront, après un délai qui ne sera pas moindre de trois mois, se représenter pour les snbir de nouveau, et recevoir s'il y a lieu, le certificat ci-dessus mentionné.

Art. 7. Chaque examen sera fait par un jury composé de trois professeurs titulaires, adjoints ou provisoires, choisis par le recteur sur la proposition du directeur de l'école, dans les séries d'enseignements correspondantes aux matières dudit examen.

Art. 8. MM. les recteurs sont chargés de l'exécution du présent arrêté.

Conditions auxquelles des inscriptions rétroactives peuvent être accordées dans les Facultés de médecine.

Le Conseiller royal de l'instruction publique, sur le rapport de M. le conseiller chargé de ce qui concerne les écoles de médecine, arrête : à l'avenir, nulle proposition à l'effet de faire accorder rétroactivement une ou plusieurs inscriptions que les élèves négligeraient de prendre, à dater de novembre prochain, ne pourra être présentée par les Facultés de médecine, si elle n'est accompagnée d'une déclaration des parents ou du tuteur des élèves, portant que le retard a eu lieu faute de moyens pécuniaires. Ladite déclaration, certifiée et visée par le maire, devra être accompagnée, pour chaque trimestre, d'un certificat des professeurs dont l'élève non inscrit aurait suivi les cours; ce certificat, pour être valable, sera délivré à la fin du trimestre pour lequel il constate l'assiduité.

Création de chaires dans les Écoles secondaires de médecine.

Par divers arrêtés du Conseil royal de l'instruction publique, en date des 12, 15, 19, 22, 26 et 29 septembre, et du 3 octobre 1337, plusieurs places de professeurs adjoints ont été créées dans les écoles secondaires de médecine, afin de compléter l'enseignement et de l'organiser d'une manière uniforme. Ces places sont réparties ainsi qu'il suit :

Angers.— Une pour la pathologie externe.— *Arras.*—Deux pour la pathologie interne et externe.—*Besançon.*—Trois pour la pathologie interne, pour la clinique interne et pour la matière médicale. —*Bordeaux.*— Quatre pour l'anatomie et la physiologie et pour la pathologie externe. — *Clermont.*— Une pour la pathologie interne. —*Dijon.*—Deux pour la physiologie et pour la pathologie externe. *Marseille.* — Trois pour la physiologie, pour la pathologie interne, et pour la médecine opératoire.—*Nantes.*—Une pour l'anatomie et la physiologie. *Reims.* — Une pour la pathologie externe. *Rouen.* — Une pour l'anatomie et la physiologie. *Toulouse.* — Deux pour la pathologie interne et pour la pathologie externe.

Obligations imposées aux professeurs-adjoints des Écoles secondaires de médecine.

Par arrêté du Conseil, en date du 3 octobre, chaque professeur-

adjoint désigné pour faire partie des cours des écoles secondaires de médecine, devra, indépendamment de la portion du cours dont il est chargé, suppléer le titulaire, en cas d'absence légitime de ce fonctionnaire.

— Un autre arrêté, en date du 15 septembre, porte qu'une chaire de chimie et de pharmacie, et une chaire d'histoire naturelle médicale, seront établies dans chacune des écoles secondaires de médecine où cet enseignement n'existe pas. Ces chaires seront provisoirement occupées par des médecins ou des pharmaciens.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité des maladies de la moelle-épinière, contenant l'histoire anatomique, physiologique et pathologique de ce centre nerveux chez l'homme; par M. Ollivier (d'Angers), 3[e] édit., Paris, 1837 2 vol., in-8, fig.

La première édition de cet ouvrage a fixé l'attention des médecins sur les maladies de la moelle épinière; la troisième constate, par la nouveauté des découvertes et des faits qu'elle expose, les progrès rapides de la science dans un espace de quelques années. La publication dont nous rendons maintenant compte acquiort une haute importance par l'impartialité et le talent avec lesquels l'auteur rapproche, discute et résume les nombreux travaux dont l'anatomie, la physiologie et la pathologie du système nerveux se sont enrichies en dernier lieu, en France, en Allemagne et en Angleterre : et les matériaux recueillis par M. Ollivier lui-même ne sont ni les moins abondants, ni les moins précieux.

Dans l'étude des maladies du système nerveux, il n'est pas un symptôme morbide dont on puisse apprécier la valeur sans une connaissance précise des faits physiologiques; pas un phénomène fonctionnel qui soit interprétable sans une connaissance exacte de l'instrument d'où il émane. La dypsnée, le refroidissement, les convulsions, la contracture, l'insensibilité, l'immobilité d'une partie, constituaient des accidents sans importance pour le diagnostic à l'époque où l'on ignorait l'influence de la moelle épinière sur la respiration, la calorification, l'irritabilité, la sensibilité et les mouvemenls volontaires. Comment localiser dans la moelle épinière le désordre qui cause la paralysie d'une jambe, des muscles respirateurs, par exemple, si l'on ne sait au juste le point où les nerfs lombaires, les nerfs de la huitième paire, etc. se détachent du prolongement rachidien? comment comprendre les lésions croisées du bulbe rachidien, de la protubérance annulaire, si l'on n'a pas disséqué plusieurs fois les faisceaux antérieurs de la moelle cervicale au moment où ils s'inclinent pour changer de direction? Comment se rendre compte du siége de l'inflammation des méninges rachidiennes, du siége des produits morbides qu'elles sécrètent, si l'on n'a pas étudié les rapports de l'arachnoïde, de chaque face de la pie-mère? Ces considérations, jointes à beaucoup d'au-

tres, ont mis M. Ollivier dans la nécessité de faire entrer dans le cadre de son ouvrage la description anatomique de la moelle spinale; un exposé clair et précis des phénomènes fonctionnels importants et multiples dont elle est l'agent principal ou secondaire; en sorte que c'est peut-être à la difficulté du sujet, qui ne com porte que des connaissances d'ensemble, liées comme les anneaux d'nne même chaîne, que nous sommes redevables de la monographie la plus complète peut-être que nous possédions sur aucun sujet de médecine.

Dans la partie anatomique, qui forme comme le frontispice de son ouvrage, M. Ollivier étudie d'abord, semaine par semaine, le développement de la moelle spinale de l'embryon; et ce n'est qu'après avoir constaté, époque par époque, les changements qui s'effectuent dans la consistance, la forme, la structure [de l'organe, le nombre, le rapport des faisceaux, leur volume, leur direction, leur mode d'allongement, de croisement, de sondure; le mode d'oblitération du canal postérieur, de disparition du prolongement caudal; après avoir mis en présence les opinions en litige sur les principaux faits, que l'auteur passe à la description de la moelle chez l'adulte. Ces détails d'embryologie jettent un jour important sur la formation des monstruosités que M. Ollivier expose plus tard avec un soin particulier.

Les réflexions que suggère à M. Olivier l'étude du canal osseux du rachis, celle de la dure-mère, de la pie-mère rachidienne, des deux feuillets séreux qui entourent la moelle; de l'espace situé entre la membrane propre de l'organe et le feuillet arachnoïdien viscéral; celle du liquide céphalo-rachidien, des canaux artériels et veineux qui président à la circulation du tissu osseux, des membranes, du tissu nerveux lui-même, ne sont pas d'une application moins féconde à la pathologie. La mobilité des vertèbres est proportionnée à l'étendue du canal qui résulte de leur mode de rapprochemeut. Ce canal présente en arrière un vide qui explique l'importance de certains tissus graisseux et du liquide contenu au-dessous de l'arachnoïde. La dnre-mère n'est point intimement soudée aux surfaces osseuses, comme cela a lien dans le crâne; cette membrane est donc susceptible d'une certaine dilatation comme d'un mouvement de retrait.

Le feuillet arachnoïdien qui tapisse la dure-mère, est immédiatement appliqué, par sa face libre, sur l'arachnoïde médullaire; celle-ci est séparée de la pie-mère par des brides cellnleuses lâches; il reste entre ces deux dernières membranes un sac, un canal très-large en arrière, et qui contient le liquide de Cotugno, qui n'est point placé comme on l'a cru long-temps dans l'espace inter-arachnoïdien. La quantité du liquide varie depnis deux jusqu'à quatre onces, à peu près; elle augmente avec l'âge; la pie-mère paraît fournir à sa sécrétion. Sa soustraction produit momentanément nne sorte d'immobilité et d'hébêtement; il doit concourir à amortir les secousses de la moelle, dans les déplacements brusques et étendus; il peut communiquer avec le liquide contenu dans le ventricule cérébelleux et dans les autres cavités encéphaliques etc. La

pie-mère enveloppe la moelle comme une gaine; elle lui fournit de nombreux vaisseaux, concourt à former le ligament denticulé, se termine au coccyx par une sorte de cordon fibreux. La circulation artérielle de la moelle est alimentée par les artères vertébrales, intercostales, lombaires, par les artérioles qui pénètrent dans les trous de conjugaison. Les veinules réunies en tronc, se dégorgent dans les sinus pétreux supérieurs. Le gonflement des vaisseaux au moment de l'expiration, concourt avec l'afflux du liquide céphalo-rachidien à imprimer à la moelle le mouvement régulier qui s'y observe avec un peu d'attention.

Il importe de se faire une idée exacte de l'étendue de la moelle allongée, de la moelle cervicale, dorsale, lombaire; de la situation, du volume des renflements crural et brachial; de la situation des corps restiformes, olivaires, des pyramides antérieures! Il importe de bien saisir la manière dont les faisceaux médullaires qui émanent en arrière des corps restiformes, s'élèvent et s'épanouissent sans subir aucun croisement pour constituer le cervelet et la face postérieure de la moelle allongée; la manière dont les faisceaux pyramidaux antérieurs montent, se croisent en mode de digitation pour concourir à la formation du pont de Varole et des pédoncules cérébraux; tandis que les faisceaux olivaires se dirigent vers les tuberoules quadri-jumeaux où ils se soudent. Il importe de se représenter fidèlement la situation, la profondeur des sillons antérieur et postérieur; la direction, la largeur des deux faisceaux médullaires postérieurs, des deux faisceaux antérieurs, des commissures, blanche et grise; des lignes que forme par son implantation la double rangée des racines antérieures et postérieures des nerfs rachidiens; de bien se rendre compte des rapports de ces racines avec les substances blanche et grise de la moelle; des rapports de la substance grise elle-même avec les rubans de la substance blanche; enfin, de la situation des canaux qui se remarquent quelquefois et accidentellement sur l'homme, tantôt au centre de chacune des moitiés de la moelle, là où se dépose, dans l'état normal, la substance grise; tantôt au centre de l'organe, en arrière de la commissure blanche; tantôt dans une sorte de tube résultant d'une disposition et d'une soudure particulière de la pie-mère.

M. Ollivier aborde franchement les nombreuses discussions physiologiques que l'expérimentation a soulevées depuis quelques années sur la localisation des fonctions du prolongement rachidien. Sur l'homme adulte et dans l'état normal, la moelle épinière n'est point douée de la faculté de percevoir les sensations, de la spontanéité et de la volition des mouvements; elle fait l'unique office de conducteur; elle transmet à l'encéphale les impressions recueillies par le système nerveux rayonnant, à la surface du corps, vers les bras, les mains, les jambes; elle transmet au système musculaire les contractions voulues par le cerveau; mais elle ne sent pas elle-même la douleur, n'a point de volonté calculée. Cela est si vrai, que toute communication cessant entre l'encéphale et la moelle épinière, la paralysie affecte aussitôt les quatre membres, l'insensibilité tous

les tissus. Il n'en est pas ainsi sur les animaux inférieurs; quelques faits rares, recueillis sur l'homme malade, semblent même attester que la règle comporte quelques exceptions; mais l'on peut affirmer, d'une manière générale, que la moelle n'est apte ni à sentir, ni à ordonner le mouvement.

La moelle épinière communique aussi au cerveau les impressions qui naissent ou que l'on fait naître dans son propre tissu; les irritations, les piqûres que l'on dirige sur cet organe arrachent aux animaux des cris de douleur. Toutefois les faisceaux antérieures de la moelle paraissent dénués de sensibilité, tandis que sa partie postérieure est éminemment sensible; ou, en d'autres termes, le cerveau ne perçoit rien tant que l'on agit sur les cordons antérieurs, et il est vivement impressionné lorsque l'on attaque les cordons postérieurs. De même, lorsque la moelle est coupée, qu'elle a cessé d'être en rapport avec le cerveau et que l'on irrite ses faisceaux en arrière, la fibre musculaire animée par les nerfs rachidiens entre en convulsion, tandis que les irritations portées sur la face antérieure ne provoquent aucune secousse convulsive. Certaines parties de la moelle sont donc irritables, d'autres insensibles à l'irritation; mais les mouvements dus à l'irritabilité ne peuvent être confondus avec les mouvements volontaires.

Les racines antérieures des nerfs spinaux sont peu sensibles à la douleur, peu sensibles aux irritations directes. Les racines spinales postérieures jouissent d'une grande sensibilité, d'une grande irritabilité, qui se manifestent par le plus léger agacement.

Les impressions se transmettent directement de bas en haut dans chaque moitié de la moelle, jusqu'au niveau de l'entrecroisement pyramidal. Les effets dus à l'irritabilité se manifestent constamment du côté du corps correspondant à la moitié du prolongement rachidien que l'on irrite depuis les pyramides jusqu'à la terminaison de l'organe, vers la région lombaire. Au-dessous des mêmes pyramides, la section de la moitié droite de la moelle paralyse les mouvements volontaires de ce côté; il n'existe donc que des effets directs dans la presque totalité du prolongement rachidien.

Les effets se compliquent singulièrement dans la moelle allongée. Vers la face postérieure de cette partie, les contractions attribuées à l'irritabilité n'admettent point d'effets *croisés*; les impressions même que l'on fait naître par des agacements, sont peut-être transmises d'une manière directe à l'encéphale; mais tout porte à croire que les mouvements volontaires subissent un croisement en franchissant les faisceaux pyramidaux pour se communiquer de haut en bas. Cependant une portion de ces mouvements se propage peut-être en ligne directe par les faisceaux postérieurs; de sorte que, dans la moelle allongée, les mouvements seraient en partie directs, en partie croisés, ce qui rend très-embarrassant le diagnostic des lésions de cette portion du système nerveux. C'est à tort sans doute que l'on a prétendu que les faisceaux postérieurs sont exclusivement consacrés à la transmission des mouvements volontaires, les faisceaux postérieurs exclusivement à la transmission des sensations; les sections partielles de ces deux parties de faisceaux

n'interceptent jamais complètement ni les mouvements, ni la sensibilité ; c'est donc l'ensemble de l'organe qui paroît préposé à l'une comme à l'autre fonction. L'espèce d'antagonisme que l'on dit exister entre les deux sortes de cordons rachidiens ne peut être admis sans de nouvelles preuves : il reste donc en définitive beaucoup de problèmes à résoudre avant que l'on s'accorde complètement sur toutes les questions physiologiques discutées par l'auteur.

La respiration est sous la dépendance de la moelle épinière ; il est un point dans la moelle allongée où la moelle cervicale et la moelle dorsale puisent le principe de l'action qu'elles exercent sur l'acte respiratoire ; de là découle le mouvement qu'elles impriment à certains muscles, par l'intermédiaire d'un système de nerfs qui leur est particulier, comme les mouvements volontaires découlent du cerveau.

Après de nombreuses contestations, il est difficile de nier l'influence des diverses portions de la moelle spinale sur le cœur et sur la circulation générale. Les expériences tentées sur les animaux, les faits qui se présentent chaque jour au lit du malade démontrent aujourd'hui que les contractions du cœur sont en partie subordonnées à l'action de la moelle épinière. Mais cette action s'étend à tous les phénomènes de la vie organique. La circulation capillaire, la calorification, la perspiration cutanée ; la sécrétion du rein, la nutrition, la défécation, l'érection du pénis, l'excrétion de l'urine, etc., ressentent dans certaines limites l'influence de la moelle spinale. Les vices de conformation observés sur le prolongement rachidien du fœtus sont nombreux. L'absence de la moelle épinière entraîne celle du cerveau ; les exemples de cette monstruosité sont loin d'être rares. L'amyélencéphalie coïncide souvent avec le spina-bifida ; les observations où il est dit que des fœtus privés de moelle ont vécu plusieurs heures, laissent beaucoup à désirer pour les détails. L'absence de la moelle est attribuée tantôt à un arrêt dans son développement, tantôt à une sorte de dissolution qui s'effectuerait au milieu d'un liquide, ou répandu à son pourtour, ou infiltré dans son centre. — L'on peut distinguer plusieurs espèces d'imperfections de la moelle spinale ou d'atélomiélie. La moelle est mal conformée sur les fœtus privés du cerveau, de tête ; elle peut être fendue dans le sens de la longueur ; double dans une étendue variable ; offrir trop ou trop peu de largeur, de longueur, être creuse à l'intérieur ; être comprimée par un liquide assez abondant pour constituer une véritable hydropisie. Les fœtus pourvus d'une moelle spinale, d'une partie de la moelle allongée, bien qu'anencéphales, peuvent respirer quelque temps, faire des mouvements de succion, percevoir des sensations, imprimer à leurs membres des mouvements volontaires. L'hydrorachis congénitale est caractérisée par la présence d'une ou de plusieurs poches, occupant un ou plusieurs points sur le trajet du rachis. L'hydrorachis figure pour un sixième parmi les vices de conformation observés au moment de la naissance. Le volume, le siége, l'aspect de la tumeur sont variables ; les enveloppes de la moelle et quelquefois la peau forment les parois de cette espèce de bourse qui s'échappe à

travers une fente des vertèbres, fait saillie sur un point où la colonne vertébrale se trouve en arrière ouverte et mal conformée. Le liquide dont la quantité peut s'élever à plusieurs pintes, est situé dans le rachis, entre les os et la dure-mère, dans la cavité de l'arachnoïde, au-dessus de la pie-mère. La moelle est tantôt bien, tantôt mal conformée; il en est de même de l'organisme considéré dans son ensemble. L'hydrorachis entraîne presque toujours la mort plus ou moins long-temps après la naissance, etc.

Les lésions traumatiques du prolongement rachidien permettent de vérifier les vérités physiologiques fondées sur de simples vivisections. Les plaies, les compressions brusques de la moelle cervicale sont souvent mortelles. Ces accidents sont surtout occasionnés par le déplacement d'une vertèbre, par son écrasement, par l'introduction d'une lame plus ou moins acérée et piquante dans le canal vertébral. Les symptômes sont en rapport avec l'étendue et le siége de la blessure qui affecte la moelle au-dessus de son renflement brachial. Les quatre membres sont paralysés de la sensibilité et des mouvements volontaires, à des degrés différents, lorsque les deux moitiés de l'organe sont intéressées. La lésion d'une seule moitié est suivie de la paralysie du bras et de la jambe situés du même côté. La respiration est d'autant plus gênée que le désordre est plus près de l'occipital; la contracture et les phénomènes convulsifs se manifestent plus rarement que l'on pourrait se le figurer, en se fondant sur l'extrême irritabilité des cordons postérieurs. L'érection est au contraire très-fréquente; la paralysie du rectum, de la vessie, est plus ou moins intense, parfois peu prononcée. Le ramollissement consécutif de la substance nerveuse ne s'effectue pas toujours avec rapidité; quelques-unes de ces blessures n'entrainent point la perte du sujet, et les phénomènes fonctionnels se rétablissent même à des degrés variables. L'on serait tenté de croire, dans quelques cas, que la lésion des cordons antérieurs de l'organe porte surtout atteinte aux mouvements, et la lésion des cordons postérieurs à la sensibilité. Lorsque les symptômes ne sont pas exactement en rapport avec la nature des lésions matérielles, l'on peut se demander si les phénomènes fonctionnels notés par quelques observateurs, n'ont point été remarqués avant que la désorganisation décrite au moment de l'autopsie fût aussi complète, puisque l'on sait aujourd'hui que quelques heures suffisent pour consommer le détritus de la substance de la moelle spinale? Les fonctions du cœur, les sécrétions, la calorification sont diversement affectées. Les observations rapprochées en grand nombre par l'auteur peuvent seules traduire avec exactitude toutes les nuances que présentent les symptômes et les lésions de tissu, tandis que, par la justesse de ses raisonnements, de ses explications, vous saisissez tout de suite la corrélation des causes et des effets.

Les blessures de la moelle dorsale, de la moelle lombaire, sans laisser à la longue d'avoir une issue souvent funeste, ne causent pas la mort avec la même promptitude que celles de la moelle cervicale; aussi à la suite des accidens traumatiques du dos, des lombes, les symptômes consécutifs offrent une certaine variété : cela doit

être, puisque les lésions du tissu nerveux appartiennent à des dates plus ou moins voisines du moment de l'accident, du moment du décès. Paraplégie, perte ou affaiblissement de la sensibilité des jambes, des tégumens, du tronc; parfois érections, paralysie du rectum, de la vessie, changement dans la nature de l'urine, respiration à peu près libre, formation d'escarres aux parties molles qui recouvrent le sacrum; mort après vingt jours, un mois, plusieurs semaines de langueur; quelques exemples de guérison.

Les cas de compression lente de la moelle épinière sont communs dans la pratique. La carie du corps des vertèbres entraîne souvent la déformation de la colonne osseuse du rachis et la compression de l'organe qu'il devait protéger. Le rétrécissement du canal vertébral occasionne une gêne plus ou moins prononcée de la moelle spinale, qui peut aussi être comprimée par un produit accidentel, un anévrysme de l'aorte, des artères spinales, une vertèbre luxée, etc. La moelle n'étant pas dès le principe intéressée dans sa structure, les phénomènes morbides se déclarent avec lenteur, et n'affectent aucune marche régulière. Des fourmillemens d'un bras, d'une jambe, des quatre membres, suivant la hauteur où le point comprimé est situé; de la faiblesse, de l'engourdissement, des douleurs vagues dans les muscles; une certaine gêne dans la progression; l'absence de tout symptôme cérébral; tels sont les premiers phénomènes qui signalent au début le genre de compression qui nous occupe. Par la suite, la paraplégie, l'hémiplégie, la paralysie générale, peuvent faire des progrès, devenir complètes, se compliquer de convulsions, de contractures; mais chacun peut s'expliquer facilement cet ensemble d'accidens. En lisant les faits relatifs à la compression lente du cordon rachidien, il semble plus d'une fois que ces faits soient en opposition avec les vérités physiologiques les mieux établies. Toutes les maladies chroniques nous causent ce genre d'embarras. Ici les causes d'erreur se multiplient. La longue durée du mal lasse l'attention du médecin et du malade : un ramollissement ne se forme on ne s'achève qu'au moment de l'agonie, pendant que l'on frappe sur le rachis pour l'ouvrir; et l'on ne peut s'expliquer la continuation du mouvement des membres. D'autres confondent les mouvements dus à l'irritabilité avec ceux qui proviennent de la volonté. Enfin il paraît dans ces affections de long cours que, pour peu que le tissu de l'organe conserve de continuité, fût-il endurci, dégénéré en tissu comme lamelleux, il peut encore faire l'office d'un assez bon conducteur pour la sensibilité et le mouvement.

Les phénomènes morbides attribués à la commotion de la moelle sont rarement comparables entre eux; et cela doit être ainsi, puisque l'ébranlement du rachis peut produire le déplacement d'une vertèbre, un épanchement sanguin dans la cavité de la dure-mère rachidienne, de l'arachnoïde, une déchirure, une ecchymose du tissu nerveux, son ramollissement, un simple changement non appréciable dans sa structure. Le diagnostic est donc souvent difficile à établir, à la suite des percussions, des secousses éprouvées par la colonne vertébrale. Toutefois l'ensemble des symptômes, leur mode,

de manifestation, doit, après quelque délai, conduire à localiser le mal; à prononcer sur son étendue, sa gravité, sa nature; et les commotions de la moelle méritent à peine d'être séparées de la catégorie de ses plaies et de ses blessures.

Les affections que l'auteur étudie dans son second volume ne sont plus sous une dépendance aussi manifeste des agents extérieurs, ou du moins il arrive souvent que l'influence de ces agents échappe à nos sens. M. Ollivier consacre à l'histoire des congestions sanguines de la moelle spinale ou de ses dépendances, à l'étude des effets de l'irritation spinale, le quart des pages de ce volume. Ce développement d'un sujet presque entièrement neuf pour la plupart des lecteurs et des praticiens, indique l'importance que nous devons attacher à localiser une foule de phénomènes morbides jusqu'à présent mal analysés, et qu'il semble maintenant impossible de se refuser à rattacher à une lésion des grands centres nerveux. Toutefois, comme c'est plutôt par la force et par l'évidence de l'induction, que par des démonstrations anatomiques, que l'auteur nous force en quelque sorte à adopter sa manière de voir, à accorder aux congestions et à l'irritation spinales l'influence qu'il leur attribue, ce n'est que par la lecture de son ouvrage que l'on peut se faire une idée exacte de la forme et de la fréquence de ces deux états morbides. L'esprit se représente difficilement les conditions d'un tissu irrité. Si l'irritation de la moelle se confond avec son hypérémie, n'est-il pas à craindre que le rôle que l'on est porté à faire jouer au sang dans les maladies du prolongement rachidien ne soit trop exclusif; et, à en juger par l'action de certains poisons sur l'économie vivante, il ne semble point impossible qu'une multitude de phénomènes nerveux, qui ne sont encore connus que par leur manifestation fonctionnelle, soient indépendants d'un trouble de la circulation.

La science possède maintenant un certain nombre d'exemples d'hémorrhagies spontanées de la protubérance annulaire, de la moelle alongée. L'instantanéité de l'invasion, de la mort; la fréquence des phénomènes convulsifs des contractures, s'expliquent par la manière dont les hémorrhagies s'effectuent habituellement au sein des grands centres nerveux, par le voisinage du point d'origine de la huitième paire de nerfs, par l'extrême irritabilité de la face postérieure de la moelle alongée et des tubercules quadrijumeaux situés dans le voisinage. Ces épanchements n'occupent quelquefois qu'une moitié de l'organe, et peuvent être résorbés, comme l'attestent encore assez souvent les cicatrisations rencontrées sur des cadavres. Ici l'hématomyélie locale, bornée à une moitié de l'organe, donne lieu à une paralysie *croisée;* le contraire a lieu quelques lignes plus bas, au dessous de l'entrecroisement des faisceaux pyramidaux. Du reste, la plupart des hémorrhagies des parties élevées du prolongement rachidien se compliquent d'épanchements du cerveau, de ses pédoncules ou du cervelet. Un double et vaste épanchement de la masse cérébrale, alors surtout qu'il coule du sang jusque dans le ventricule cérébelleux, peut tuer aussi vite que l'hématomyélie de la moelle alongée, et avec le même cortége de symptômes.

Les épanchements de la moelle cervicale, dorsale, lombaire, affectent presque toujours la substance grise; le sang, après avoir produit un premier degré de paralysie subite, double ou simple, suivant le siège du désordre, tend à s'infiltrer dans les parties centrales, et ce travail morbide est douloureux. Une sorte de travail inflammatoire parait dans quelques cas préparer l'invasion de l'hémorrhagie, qui offre alors des prodrômes; mais la perte du mouvement se déclare tout à coup. Comme les sujets vivent long temps, il peut se former dans la moelle des ramolissements consécutifs. L'hématomyélie de la moelle cervicale porte quelqu'atteinte aux mouvements de la respiration et à ceux des membres supérieurs et inférieurs, etc.

Le tissu fibreux de la dure-mère rachidienne, n'a été vu que très-rarement enflammé. Le siège habituel de la méningite rachidienne a lieu dans la pie-mère et dans le feuillet viscéral de l'arachnoïde. Elle se complique souvent de l'inflammation méningée d'une portion de l'encéphale. Elle est caractérisée sur le cadavre par des productions pseudomembraneuses, situées autour de la pie-mère, raroment dans l'espace inter-arachnoïdien; par une injection sanguine plus ou moins vive, plus ou moins étendue de la membrane propre de la moelle; par la sérosité, etc. Ses produits couenneux peuvent comprimer le prolongement rachidien qui subit dans quelques cas un premier degré de ramollissement. Cette maladie cruelle trahit son existence par des symptômes de la dernière gravité. Après quelques jours de malaise, d'inquiétudes vagues dans les membres, de paresse de la vessie, les malades accuseut sur quelques point de la colonne vertébrale une douleur intense et qui est destinée à faire des progrès. Les muscles du ceu, du dos, des lombes, suivant le siège et l'étendue de la phlegmasie, se raidissent, la colonne vertébrale devient fléchie; tandis que la sensibilité générale s'exalte. Les membres qui conservent la faculté de se déplacer sont par fois agités de convulsions, plus ou moins douloureux au toucher. Ces accidens offrent souvent des rémittences et des paroxysmes. Mais l'on doit tout de suite sentir que la forme des accidents doit varier suivant que l'inflammation se développe au cou, au dos, en avant, en arrière, d'un seul côté, dans toute la longueur du rachis, suivant que les racines des nerfs rachidiens, la moelle elle-même participent ou ne participent pas à l'inflammation; suivant que le pus, les autres produits morbides sécrétés compriment ou excitent telle ou telle branche nerveuse à son origine. Dans tous les cas le danger est imminent et la mort presque toujours rapide.

J'ai rencontré souvent sur les cadavres de sujets morts à la suite d'une inflammation chronique de l'encéphale, une sorte d'étui pseudo-membraneux qui recouvrait comme une gaine toute la pie-mère spinale. Je ne puis ici passer en revue les symptômes très-compliqués qui accompagnent les inflammations lentes de la pie-mère cérébrale, de la substance grise superficielle du cerveau, de la membrane propre de la moelle épinière, mais toujours est-il que les malades peuvent vivre dans ces cas plusieurs mois, plusieurs années, et la marche do la méuingite spinale chronique n'est, sous

aucun rapport, comparable à celle de la méningite aiguë dont elle ne diffère pas moins que la forme.

L'auteur, tout en admettant la possibilité de certains ramollissements spontanés du tissu nerveux, sans fluxion sanguine appréciable des organes ramollis, traite dans son chapitre de la myélite ou inflammation de la moelle spinale, de tous les genres de ramollissements de cet organe. La myélite affecte une marche aiguë ou chronique, elle entraîne la paralysie des mouvements et des lésions de la sensibilité; elle est souvent annoncée par des phénomènes précurseurs. La pesanteur, l'engourdissement, le fourmillement d'un bras, d'une jambe, de tout un côté du corps, des quatre membres, suivis d'une paralysie graduelle, suivant la hauteur où le ramollissement est situé, suivant qu'il détruit une moitié ou la totalité de l'organe, préjugent la formation de la myélite. Lorsque la face postérieure de la moelle est irritée, il peut survenir des phénomènes convulsifs, de la contracture, des douleurs musculaires assez vives. Enfin, la respiration, la calorification, les fonctions de la vessie, du rectum, les fonctions des organes sécréteurs sont plus ou moins troublées. La compression des apophyses épineuses des vertèbres est souvent douloureuse. Les fonctions intellectuelles s'exécutent librement, à moins que l'encéphale ne soit en même temps affecté. Le ramollissement de la moelle peut s'étendre de bas en haut, de haut en bas, se propager du cordon antérieur au postérieur, d'une moitié de la moelle spinale à l'autre; circonstances qui font varier l'expression fonctionnelle des accidents. Il en est de même de la rapidité ou de la lenteur avec laquelle le ramollissement tend à se former. Certains ramollissements de la moelle font cesser la vie avec une promptitude à peine croyable; d'autres durent quelques jours; d'autres enfin ne s'achèvent, ne s'effectuent d'une manière complète qu'après plusieurs mois et quelquefois plusieurs années d'une sorte d'incubation. La nature du désordre, plutôt que l'intensité de la fluxion inflammatoire, paraît décider chez plus d'un individu de la marche de la maladie, qui n'est peut-être pas toujours nécessairement mortelle.

Nous ne suivrons pas M. Ollivier dans la description qu'il fait de l'atrophie et de l'hypertrophie de la moelle spinale; dans la description des plaques cartilagineuses, osseuses, des tissus fongueux, cancéreux, fibreux, tuberculeux, des acéphalocystes, des kystes, etc., qui ont été observés soit dans le tissu nerveux rachidien, soit dans les enveloppes de la moelle. Nous ne pouvons pas non plus reproduire les considérations du plus haut intérêt dans lesquelles il entre, pour prouver qu'il est une foule d'affections nerveuses, certains symptômes épileptiformes, certains cas de chorée, de tétanos, d'hydrophobie, de coliques intestinales, qui doivent émaner d'une lésion du prolongement rachidien. Mais nous devons dire, en soutenant jusqu'à la fin notre rôle de juge impartial, que le Traité des maladies de la moelle épinière, publié par M. Ollivier, fait époque dans la science, dont il recule les limites.

CALMEIL.

Œuvres chirurgicales complètes de sir Astley Cooper, *traduites de l'anglais, avec des notes, par* E. Chassaignac et G. Richelot. Grand in-8. à deux colonnes, 640 p.

Depuis long temps le nom d'A. Cooper, le plus célèbre des chirurgiens anglais de notre époque était connu en France, mais ses travaux ne nous étaient parvenus que très-incomplètement, au moyen de quelques traductions partielles, incorrectes et trop souvent infidèles. Cependant deux qualités rares et précieuses se trouvent réunies à un degré éminent dans les œuvres de ce grand praticien, l'indépendance des doctrines et la nouveauté complète des matériaux. Placé pendant de longues années à la tête d'un des plus grands hôpitaux de Londres, A. Cooper a pu recueillir une quantité considérable de faits particuliers sur presque tous les points de la science ; en outre, un grand nombre de chirurgiens, parmi lesquels il suffira de nommer Mayo, Key, Tyrrel, Lynn, Cline, Dalrymple, Jones, Wardrop, etc., etc., désireux de contribuer à l'érection du monument qu'A. Cooper consacrait à la chirurgie anglaise, lui ont communiqué leurs observations les plus curieuses; ce qui fait de son livre le recueil le plus vaste et en même temps le plus précieux que nous possédions.

Cet ouvrage, n'eût il que ce seul mérite, ce serait déjà un motif suffisant pour le faire rechercher. Rien ne saurait en effet suppléer la lecture des observations particulières. Quelque vaste qu'on puisse supposer la pratique d'un chirurgien, elle ne saurait embrasser la série sans nombre des modifications dont peut s'entourer un fait pathologique, et les traités dogmatiques les plus parfaits, ceux qui résument le mieux la variété de ces modifications ne sauraient les montrer dans tous leurs détails. Disons plus : une description générale place, pour ainsi dire, tous les symptômes, tous les signes d'une maladie sur le même plan ; à côté des caractères nécessaires, invariables, elle accumule une foule de caractères accessoires, qui se sont présentés seulement dans des cas isolés. De là, source de nombreuses erreurs pour le praticien ; c'est à la lecture des faits particuliers à les corriger, c'est dans la comparaison répétée de ces faits qu'il apprendra à faire ces distinctions trop souvent négligées. Dans ce qui concerne la thérapeutique, l'étude des observations n'est pas moins indispensable, c'est de cette manière seulement que le lecteur peut se former une conviction raisonnée, et qu'il est à même de juger si les doctrines professées par l'auteur sont bonnes ou mauvaises.

Appréciant mieux que personne la valeur de cette « richesse d'observations, » les traducteurs ont ajouté dans des notes des faits nombreux, puisés pour la plupart dans des collections étrangères qui ne se trouvent que dans un petit nombre de mains. Ils n'ont d'ailleurs rien négligé pour donner à leur travail toute l'utilité possible. Traducteurs fidèles de toutes les idées d'A. Cooper, ils ont cru cependant pouvoir changer l'ordre de quelques chapitres pour lui substituer un ordre plus convenable, ils ont dû retrancher quelques détails insignifians qui allongeaient considérablement plusieurs observations communiquées à A. Cooper, et que celui-ci, peu soucieux de la forme, avait insérées textuellement. Enfin, ils ont numéroté toutes les observations du texte.

Nous ne concevons pas que l'on ait pas pu faire à MM. Chassaignac et Richelot des reproches sur un point qui nous semblerait au contraire, mériter des éloges. Il ne s'agit pas en effet d'une œuvre littéraire à laquelle les défauts de l'auteur impriment souvent un cachet d'originalité. Les changements dont nous venons de parler, déjà si légers pour la forme, ne touchent nullement au fond, et comme ils ont permis aux traducteurs de réunir toutes les œuvres du chirurgien anglais en un seul volume, comme ils facilitent la lecture de l'ouvrage et les recherches, nous croyons que les praticiens, auxquels il est destiné, leur en sauront gré. Une traduction n'est point faite pour les savants de profession, qui pourront consulter les textes : seuls d'ailleurs ils seraient à même de le faire, car un grand nombre des mémoires d'A. Cooper, (sur les exostoses, les anévrysmes, sur les maladies de l'oreille, sur celles des voies urinaires), sont disséminés dans des collections que l'on peut à peine trouver dans les bibliothèques publiques.

En outre de ces mémoires, quatre traités généraux composent les œuvres dont MM. Ch. et R. ont entrepris la traduction : Luxations et fractures ; hernies de l'abdomen ; maladies du testicule ; maladies du sein. L'ensemble de ces parties forme, suivant leur expression, une longue série de monographies chirurgicales toutes basées sur l'observation clinique.

Le traité des luxations et des fractures est celui dont les doctrines sont le mieux connues parmi nous. Tous les chirurgiens qui, dans ces dernières années, ont agité quelques uns des points de la pathologie des os, y sont allés puiser des faits qu'ils auraient en vain demandés à la plupart des ouvrages publiés depuis J. L. Petit. Comme Desault et son école, A. Cooper a senti le besoin d'une révision complète de ces doctrines basées sur des idées préconçues ou parfois sur un petit nombre de faits souvent mal observés ; mais ses remarques s'étendent à un plus grand nombre de sujets ; d'un autre côté, comme nous le verrons, il est loin de partager toutes les opinions du chirurgien français.

Malgré son titre, ce Traité ne s'occupe des fractures que d'une manière accessoire et seulement en tant qu'elles sont voisines des articulations. Aussi les traducteurs, au lieu de rassembler toutes ces lésions sous un seul titre, eussent-ils peut-être mieux fait de conserver l'ordre de l'original qui, présentant dans un même chapitre l'histoire de toutes les lésions traumatiques d'une articulation et des os qui la composent, semble avoir eu pour but de mettre davantage en relief leurs différences et leurs similitudes. Nous ne pourrons donner ici qu'une idée fort générale de la pratique d'A. Cooper, qui diffère en beaucoup de points de celle que l'on suit ordinairement dans nos hôpitaux. Dans les luxations de la cuisse, dans les luxations anciennes des autres articulations, les chirurgiens d'outre-mer emploient généralement le moufle, et réellement, dans les cas où une extension continue et régulière est nécessaire, cet instrument paraît avoir sur les aides les avantages que lui attribue A. Cooper. M. Sédillot est un des premiers qui l'ait employé en France, en le combinant avec l'emploi du dynamomètre, et on connaît l'heureux résultat qu'il en a obtenu dans un cas de luxation en arrière de l'humérus datant d'un an, et dans une luxation du coude dans le même sens, ancienne de 114 jours.

Dans les cas de luxation récente, dans plusieurs espèces des luxations de la cuisse en particulier, il est probable que cet appareil destiné à vaincre la résistance des muscles peut être avantageusement remplacé par le procédé qu'on doit à mon Collègue et ami M. Desprès, et qui a pour but de mettre tous les membres dans le relâchement; trois cas recueillis en quelques mois à la clinique de l'hôpital Beaujon montrent les avantages de cette méthode de réduction (flexion de la cuisse, puis rotation du membre en dehors). Quoi qu'il en soit, A. Cooper fait remarquer combien il est important de fixer solidement l'os qui supporte la cavité articulaire; une des causes principales d'insuccès dans les tentatives de réduction réside dans le peu d'attention qu'on apporte à l'exécution de ce précepte. A. Cooper, contrairement à l'opinion de Boyer, pense qu'on doit de préférence appliquer l'extension sur l'os luxé, mais il ne donne pas la raison de cette pratique contre laquelle les arguments ne manquent pas. Pour affaiblir l'action musculaire, il emploie la saignée, le bain chaud, le tartre stibié à dose nauséeuse; il fait remarquer aussi que dans les premiers instants qui suivent la luxation, cette action est beaucoup moins forte. La plupart des chirurgiens, dans les cas où l'os luxé est en même temps fracturé, conseillent de laisser la fracture se consolider sauf à réduire ensuite la luxation, s'il y a encore possibilité. A. Cooper indique la pratique contraire et pour empêcher la lésion des muscles par les fragments conseille d'entourer le membre d'attelles. Il rapporte du reste, un cas dans lequel une luxation de l'épaule compliquée de fracture du col de l'humérus se réduisit avec la plus grande facilité. A. Cooper pense qu'en général on doit s'abstenir de tentatives de réduction dans les luxations de l'épaule qui datent de plus de trois mois, dans celles de la hanche anciennes de plus de huit semaines, surtout chez les sujets bien musclés. Les exemples de succès à une époque plus avancée ne sont toutefois pas rares; l'une des observations les plus curieuses de ce traité est celle d'un marin, qui, atteint d'une luxation de la hanche non réduite, boitait depuis cinq ans, lorsque dans une chute il entendit un fort craquement et put dès lors abandonner les béquilles et marcher sans la moindre claudication.

Le traité des fractures et des luxations renferme beaucoup d'observations tout à fait neuves: six cas de luxations du fémur dans l'échancrure sciatique, affection sur laquelle Boyer et Delpech avaient émis des propositions si erronées; trente-sept cas de luxations compliquées du pied, d'après lesquelles A. Cooper expose les cas dans lesquels la réunion immédiate, après la réduction, la résection ou l'amputation sont nécessaires; une observation de refoulement du pied entre les deux os de la jambe, écartés et fracturés; des observations importantes sur les fractures du col du fémur, sur les luxations et les fractures du coude. De même que M. Bérard jeune, il a vu des luxations du coude compliquées de fracture de l'apophyse coronoïde et dans lesquelles la réduction ne pouvant se maintenir, faisait croire à une fracture des condyles huméraux, etc., etc.

Pour rendre ce traité aussi complet que possible, MM. Ch. et R.

ont ajouté des notes nombreuses, dont plusieurs par leur étendue et les hautes questions qu'ils abordent, sont de véritables Mémoires : telles sont les recherches sur les caractères anatomiques des fractures du col du fémur et des luxations de l'épaule, sur les méthodes employées dans le traitement de cette dernière lésion, sur les fractures et les luxations des vertèbres. Assurément de pareils travaux méritent mieux que la gloire des traducteurs vulgaires ; ils contribueront pour beaucoup à populariser les œuvres du chirurgien anglais.

Le Traité des hernies de l'abdomen, moins connu en France, du moins dans ses détails, que les Mémoires publiés par Scarpa sur le même sujet, n'a cependant pas moins contribué à l'avancement de l'histoire de cette classe de maladies. Scarpa, patient et sévère investigateur, descend dans les détails les plus minutieux de chaque observation, et de cette espèce de dissection d'un petit nombre de faits, appuyé sur une savante discussion de ceux que possède déjà la science, il tire les conclusions les plus lumineuses et les plus étendues. Mais, resserré dans une pratique trop étroite, il est souvent obligé d'interroger l'analogie, et son génie pose *à priori* des principes dont toutefois les observations ultérieures ont presque toujours consacré l'exactitude. Sir A. Cooper, placé sur un plus vaste théâtre, demande moins de détails à l'analyse; mais sachant que les faits ne lui manquent pas, dédaigneux de toute hypothèse, n'empruntant rien aux ouvrages de ses devanciers, il construit de ses propres matériaux, lentement il est vrai, mais avec plus de certitude, l'édifice complet de sa doctrine. Son livre lui appartient tout entier. Ce qu'il peut perdre sous quelques rapports, il le gagne certainement en originalité.

Les écrits de ces deux illustres écrivains méritent donc également d'être lus et médités ; mais Astley Cooper a vu davantage, et peut-être son traité sera-t-il plus immédiatement utile aux praticiens.

Voici le plan de ce traité. Après quelques remarques générales sur les hernies et sur l'anatomie de l'aîne, où l'auteur rappelle l'histoire des membranes qu'il a le premier décrites, il aborde la description des diverses espèces de hernies. La hernie inguinale peut se présenter sous trois formes : oblique, directe, ou congénitale ; des chapitres particuliers sont consacrés à l'étude de ces variétés importantes par leurs signes spéciaux et les modifications que leurs rapports anatomiques apportent à l'opération. Chacune d'elles est ensuite étudiée dans ces trois états : réductible, irréductible, étranglée. Indiquons rapidement les principales idées de l'auteur : parmi les signes qui différencient la hernie inguinale des autres affections de l'aîne et qu'il nous expose de la manière la plus nette, il faut remarquer celui qu'A. Cooper a donné je crois le premier pour reconnaître le varicocèle. Après avoir réduit la tumeur, si on applique fortement les doigts sur la partie supérieure de l'anneau et qu'on fasse lever le malade, le varicocèle reparait bientôt, parce que rien ne s'oppose à la dilatation des veines ; la hernie au contraire peut descendre. — Les préceptes d'A. Cooper sur la construction des bandages sont tout à fait originaux : presque tous les chirurgiens font porter la pelote sur l'anneau inguinal : mais si l'on examine le trajet de la hernie oblique, on voit bientôt qu'avant d'arriver au dehors elle parcourt

un espace étendu de l'anneau abdominal à l'anneau inguinal. Il faut donc fermer cet espace en faisant porter la pelote sur lui en dehors de l'anneau inguinal, et par ce moyen on pourra plus souvent espérer l'oblitération du collet du sac, en même temps qu'on évitera la douleur produite par la compression de la peau sur le pubis. Dans la hernie directe, au contraire, c'est sur l'anneau même que doit appuyer le bandage. Cette idée si pratique est à peine connue en France, et naguères encore deux chirurgiens s'en disputaient la priorité.

Dans le cas où une hernie est irréductible par l'augmentation de volume des viscères herniés, on sait qu'Arnaud a obtenu plusieurs succès inespérés d'une diète sévère long temps prolongée. A. Cooper pense que peu de malades voudraient se soumettre à ce moyen; il l'a remplacé avec succès par l'emploi combiné d'un suspensoir graduellement rétréci et du repos. Dans quelques autres cas, la glace a eu le même effet. — Les phénomènes de l'étranglement et ses diverses causes sont exposés avec les plus grands détails, aussi bien que le traitement employé avant d'en venir à l'opération. On sait que les lavements de tabac (1 once, eau 1 liv. pour deux demi lavements) et la glace appliquée sur la tumeur, sont les moyens auxquels A. Cooper a recours avec le plus de confiance. Mais aussi leur emploi réclame les plus grandes précautions. Dans toute hernie inguinale, A. Cooper conseille de débrider directement en haut. Cette pratique qui, quelque soit la situation de l'artère épigastrique, met à l'abri de sa lésion, est préférable à celle qui conseille le débridement en haut et en dehors, dans le cas de hernie oblique, celui en haut et en dedans, dans la hernie directe. Comme il n'est pas toujours possible de reconnaître ces variétés il vaut mieux avoir une règle uniforme. D'ailleurs ce débridement porte sur la partie supérieure du pilier interne de l'anneau inguinal et laisse intactes les fibres transversales qui le fortifient en haut et qui augmentent si avantageusement la résistance de la parois abdominale au déplacement des viscères. Ce débridement doit être fait en dehors du sac qu'on abaisse avant d'inciser l'anneau. Alors même que l'étranglement siége deux pouces plus haut à l'anneau abdominal, il faut inciser aussi directement en haut et extérieurement au sac les fibres des muscles petit oblique et transverse. Dans les hernies très-volumineuses, il convient de débrider sans ouvrir le sac, même à sa partie inférieure. Par cette méthode on ne risque pas de mettre à nu des viscères que l'on ne peut toujours espérer de réduire. A. Cooper reconnaît bien que parfois, surtout si la hernie est congénitale, l'étranglement peut siéger au collet du sac, mais il pense que cet étranglement est fort rare. Comment concilier son opinion avec celle de Dupuytren, auquel on fait dire dans ses Leçons cliniques, que cet étranglement dans la hernie inguinale est à celui produit par les ouvertures aponévrotiques :: 19 : 1. Sans admettre cette proportion, il faut au moins se rappeler que la pratique des chirurgiens français a pour elle les belles observations d'Arnaud et de Dupuytren. C'est un de ces points qui auraient besoin, comme tant d'autres, d'une statistique. — Les préceptes relatifs au traitement des diverses espèces d'adhérences que le chirurgien peut rencontrer dans l'opération sont appuyés de

nombreuses observations. L'un des cas les plus difficiles est celui où l'intestin, étant libre par sa partie inférieure, est complètement adhérent au collet du sac. A. Cooper fait remarquer que, pour détruire ces adhérences, il faut d'abord débrider l'anneau à l'extérieur, et qu'alors encore il est dangereux de léser l'intestin. J'ai vu cependant dans un cas analogue, où l'opération fut pratiquée par M. A. Bérard, les adhérences céder par une légère traction après la section de l'anneau aponévrotique, et la réduction se faire avec facilité.

Plusieurs chirurgiens, dans le cas d'épiplocèle volumineux et altéré, laissent ce viscère dans la plaie, et quelques faits viennent à l'appui de cette pratique. Je crois qu'elle n'offre aucun avantage réel, contre beaucoup d'inconvéniens. Dans deux cas où je l'ai vu mettre en usage, les malades ont succombé à un érysipèle gangréneux survenu dans la plaie; et l'on peut s'attendre à voir souvent pareil accident, car l'épiploon altéré par l'étranglement, souvent déjà modifié dans sa texture par un long séjour dans une hernie, est peu susceptible de devenir la base d'une cicatrice solide, et a plus de tendance à suppurer et à se gangréner. On a dit que l'épiploon formerait de la sorte un bouchon qui s'opposerait à la sortie de nouveaux viscères. En réséquant l'épiploon, on a le même avantage, car c'est la portion seule qui est engagée dans l'anneau qui peut s'opposer à la sortie ultérieure des viscères, et, comme le conseille A. Cooper, qui suit cette pratique, il faut avoir soin, ayant de réduire la portion qu'on n'a pas réséquée, d'y passer un fil, de manière à maintenir la surface de la section à l'orifice du sac.

On a reproché à la section de l'épiploon l'hémorrhagie qu'elle détermine; la ligature de chacun des vaisseaux suffit pour l'arrêter: d'ailleurs cette hémorrhagie n'est pas constante dans deux cas que j'ai observés, et où l'épiploon adhérent au collet du sac avait été coupé près de son pédicule: il n'y eut besoin d'aucune ligature.

Quant à la ligature de l'épiploon, elle est justement abandonnée.

Le défaut d'espace nous oblige à renvoyer l'exposé d'A. Cooper, sur les hernies gangrénées, à un prochain numéro, dans lequel nous terminerons en même temps l'analyse de l'ouvrage.

A. GODIN.

Recherches médico-physiologiques sur l'électricité animale, par J.-F. COUDRET. — Paris, 1837, in-8, 496 p. et planches.

Qu'il existe la plus grande analogie entre les effets du fluide électrique sur le système nerveux et ceux de l'agent, quel qu'il soit, de l'innervation, c'est ce dont il n'est plus permis de douter aujourd'hui: les remarquables travaux de M. Mateucci sur la torpille viennent d'ajouter un nouveau degré de probabilité à l'opinion qui tend à les considérer comme identiques; mais nous sommes encore bien éloignés de connaître les conditions de la production du fluide, et le rôle qu'il joue dans l'accomplissement des diverses fonctions. Les faits contenus dans le livre que nous annonçons ici sont-ils propres à dissiper toute inquiétude? A ne le considérer que sous le

point de vue physique, nous ne le croyons pas : loin de là, ils seraient plutôt de nature à reculer la solution du problème. En effet, tandis que les recherches des physiciens modernes semblent conduire à ce résultat important, que le fluide se manifeste dans les animaux autres que les poissons électriques, à l'état *dynamique*, c'est-à-dire sous forme de courants, les expériences de M. Coudret tendraient à faire admettre qu'il existe à l'état *statique*, ou de tension. Mais, sans chercher ici à concilier cette opposition, nous allons exposer les résultats obtenus par l'auteur, et mettre, autant que possible, le lecteur en position de juger du mérite et de l'importance de l'ouvrage.

M. Coudret, après avoir résumé en quelques pages les faits fondamentaux qui ressortent des travaux entrepris depuis Galvani sur l'électricité animale, met en avant les deux propositions suivantes: *Toute partie douloureuse ou enflammée dégage une quantité notable d'électricité*; et, en second lieu, *Tout moyen propre à soustraire ou à neutraliser directement ce fluide produit les effets antiphlogistiques et sédatifs les plus salutaires et les plus évidents*. Pour démontrer la présence du fluide accumulé dans un organe enflammé, l'auteur emploie un appareil imaginé, et appelé *électromoteur médical*, par M. Fozembas (de Bordeaux) : cet instrument consiste en une boîte de verre carrée, d'environ cinq centimètres de côté, et de trois centimètres de hauteur; dans le fonds est fixée une plaque métallique livrant passage à des pointes d'acier, placées à quatre ou cinq millimètres l'une de l'autre : la plaque communique avec une chaîne, et la boîte elle-même reçoit un manche isolant; elle est fermée par un canevas de soie, à larges mailles, dont la présence suffit pour empêcher le contact immédiat de la peau avec les pointes. Quand on veut mettre l'appareil en expérience, on fait communiquer la chaîne avec l'électromètre condensateur de Volta, ou avec le sol, suivant qu'on se propose ou non de recueillir l'électricité, et l'on fixe sur la partie malade la face de la boîte que couvre le canevas. Après quelques minutes d'application, dans des cas de fièvre éruptive, érysipèle, etc., la séparation des deux plateaux du condensateur a donné lieu à une divergence notable des lames d'or. Les expériences ont été faites par M. Fozembas à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, en présence de plusieurs médecins de la ville et de quelques élèves attachés à l'établissement. M. Coudret, de son côté, les a répétées à Paris, et il s'appuie de l'autorité de MM. Broussais, Jules Cloquet, Piorry, commissaire de l'Académie de médecine; Tanchou, Bennati, etc. Hâtons-nous de dire que M. Coudret ne prétend pas avoir réussi dans tous les cas.

Après avoir exposé avec des détails suffisants sa manière d'opérer, M. Coudret cite les observations qu'il a recueillies lui-même, ou qu'il doit à l'obligeance de plusieurs confrères : le nombre ne s'en élève pas à moins de quatre-vingt quinze, et elles se rapportent aux affections les plus variées de l'un et de l'autre sexe. Les résultats obtenus, pour n'être pas toujours complets, ont été le plus souvent assez marqués pour que l'auteur fût autorisé à les apporter à l'appui de ses idées.

A la suite de ses observations, M. Coudret développe, sous le titre de résumé général, une nouvelle doctrine électro-médicale, qui découle immédiatement des deux propositions que nous avons citées plus haut, et des faits sur lesquels elles se fondent elles-mêmes.

En résumé, l'ouvrage de M. Coudret se compose de deux parties distinctes, l'une de théorie, sujette à contestation; l'autre de faits, que l'on ne peut révoquer en doute : dans la première se rangent les explications physiques, et à la seconde appartiennent les résultats thérapeutiques : ce sont principalement ceux-là que nous recommandons aux lecteurs, et qui appelleront sur le livre de M. Coudret l'attention des praticiens. GUÉRARD.

CODEX, *Pharmacopée française*, rédigée par ordre du gouvernement, par une Commission composée de MM. les Professeurs de la Faculté de médecine et de l'École spéciale de pharmacie de Paris. — Paris, 1837, in-4° et in-8°, pp. LVI-535, *chez Béchet jeune*.

L'utilité, ou plutôt la nécessité, d'un *Codex medicamentarius* a été depuis long-temps et universellement reconnue. Il importait à la société que les pharmaciens eussent, dans une Pharmacopée rédigée par les hommes qui forment autorité, un guide sûr pour la préparation des médicaments. Outre les garanties que le public y trouvait contre des erreurs funestes, les médecins avaient l'avantage d'employer des substances dont la composition leur était connue, et qui présentait une uniformité constante : aussi existe-t-il un grand nombre de Pharmacopées publiques, ayant une sorte de caractère légal, indépendamment des Pharmacopées particulières; chaque pays, chaque ville presque a la sienne. On peut voir dans la *Literatura pharmacopœorum*, de Alex. N. A. Scherer, la longue liste de ces Pharmacopées, dont les titres et l'indication des éditions forment une bonne partie d'un volume in-8°. Pour nous borner aux Pharmacopées légales de France, on sait que, dès l'année 1590, et à diverses reprises, le Parlement de Paris enjoignit à la Faculté de médecine de rédiger par écrit un dispensaire, contenant les simples et composés que les apothicaires doivent tenir dans leurs boutiques. Ce ne fut que plus tard que cette injonction eut son effet. Le premier Codex, rédigé sous le mandat de la Faculté de Paris, par le doyen Ph. Harduin de Saint-Jacques, parut en 1639, in-4°. Un grand nombre d'éditions se succédèrent jusqu'à celle de 1771. En 1816, le gouvernement, en vertu d'une disposition de la loi du 21 germinal an XI, fit rédiger un nouveau Codex, qui parut en 1818, in-4°. Cette Pharmacopée, malgré le nom de ses auteurs, ne répondit pas à l'attente générale; elle offrait des notables imperfections : des lacunes et des inexactitudes s'y faisaient remarquer en grand nombre. D'ailleurs les progrès de la chimie, dont la pharmacie doit suivre les progrès; l'introduction de substances nouvelles, la découverte de nouveaux procédés opératoires, tout prescrivait une révision, ou plutôt une rédaction complète de ce Codex. C'est ce que, d'après un arrêté du Ministre de l'instruction publique, en 1835, vient de faire une Commission prise

parmi les Professeurs de la Faculté de médecine et de l'École de pharmacie de Paris, et formée de MM. Orfila, Andral, Duméril, Richard, Bussy, Caventou, Robiquet, Pelletier et Soubeiran.

Le plan qu'ont adopté les auteurs, et qui diffère de celui du Codex de 1818, est des plus simples. Dans autant de chapitres, ils ont traité, 1°. des corps simples; 2°. des acides minéraux; 3°. des oxydes métalliques; 4°. des sulfures; 5°. des chlorures; 6°. des bromures; 7°. des iodures; 8°. des cyanures; 9°. des sels minéraux; 10°. des acides végétaux; 11°. des sels végétaux, etc. Les dix-huit premiers chapitres sont ainsi consacrés à toutes les préparations chimiques proprement dites; les suivants comprennent les préparations pharmaceutiques : poudres, pulpes, sucs extraits, huiles et graisses, tisanes, apozèmes, émulsions, potions, teintures, vins, etc.

Pour faire connaître le caractère de ce nouveau Codex, nous ne pouvons mieux faire que de reproduire un passage où les auteurs indiquent l'esprit qui les a guidés dans leur travail : « Si nous avons fait, dit le rédacteur de la préface, un grand nombre d'additions nouvelles, soit dans les médicaments simples et récemment introduits dans la thérapeutique, soit dans les formes sous lesquelles on peut administrer un grand nombre de médicaments, nous avons cru aussi pouvoir opérer des retranchements qui, sans rien faire perdre à l'art de guérir, simplifient l'art du pharmacien. C'est particulièrement dans les médicaments composés que nous avons éliminé quelques-unes de ces formules surannées, qui, par leur bizarre et hétéroclite composition, rappellent encore l'enfance de l'art, et l'époque reculée où elles ont été introduites dans nos Pharmacopées... Nous n'avons pas craint, au contraire, de multiplier le nombre des formules simples, qui sont celles que le praticien peut employer avec le plus de confiance. Néanmoins nous n'avons pas cru devoir recueillir, dans un ouvrage du genre de celui-ci, toutes les substances que l'on a tour à tour préconisées outre mesure, pour les abandonner bientôt. Nous n'avons introduit dans les formules du Codex que les médicaments dont l'usage a été sanctionné et justifié par des succès bien réellement constatés. »

Le Codex, qui jusqu'à présent était écrit en latin, est rédigé dans la langue française; seulement à côté du nom des substances, est placée la dénomination latine. Cette innovation est heureuse; puisque la loi prescrit à tous les pharmaciens de se conformer aux préceptes du Codex, il est convenable que par la forme de sa rédaction, toute cause de fausse interprétation, tout sujet d'erreur, soient écartés.

En signalant l'importance d'une pharmacopée légale, qui assure l'exactitude et l'uniformité des préparations médicamenteuses, c'est assez dire l'utilité que les médecins trouveront dans ce Codex. Ses formules, dépouillées de toute théorie chimique et pharmaceutique, éprouvées par des praticiens habiles, seront pour eux les bases les plus solides sur lesqu'elles puisse s'appuyer une bonne thérapeutique.

MÉMOIRES

ET

OBSERVATIONS.

NOVEMBRE 1837.

Mémoire sur la Résection des ulcères qui succèdent à de petits abcès sous-cutanés; par M. BONNET, *Chirurgien en chef (désigné) de l'Hôtel-Dieu de Lyon.*

Dans le traitement des plaies, solutions de continuité qui reposent sur des parties saines, et sécrètent une matière qui tend à s'organiser, l'art se borne à éloigner toutes les causes qui pourraient empêcher cette organisation : dans celui des ulcères, son rôle est plus étendu. Ces derniers reposent sur des parties malades, et ne sécrètent qu'imparfaitement la matière organisable. Il ne suffit pas d'en éloigner ce qui pourrait troubler cette matière dans son organisation ; il faut, avant tout, les amener à la produire. Pour atteindre ce but, les modificateurs suffisent d'ordinaire ; mais lorsqu'ils sont impuissants, que l'ulcère ne guérit point ou tend à s'agrandir, comme dans les cas où il repose sur une base squirrheuse, l'art n'hésite point, il enlève toutes les parties malades, et convertit ainsi l'ulcère en plaie. Cette substitution d'une plaie à un ulcère, d'une solution de continuité reposant sur des parties saines, à une solution de continuité reposant sur des parties malades, est un des principes les plus généralement appliqués dans la chirurgie pratique ; il n'a cependant pas été

suivi dans toutes ses conséquences; je viens montrer l'application que l'on en peut faire au traitement de certains ulcères, toujours multiples, qui succèdent à de petits abcès sous-cutanés, véritables furoncles ulcérés, qui ne diffèrent de ceux qu'on voit d'ordinaire que par une marche lente, une extrême difficulté de guérison, et une résistance presqu'absolue à l'action des modificateurs. Ces ulcères étant très-peu connus, je dois commencer par les décrire.

Description générale des ulcères qui succèdent à de petits abcès sous-cutanés.

Les petits abcès sous-cutanés qui précèdent ces ulcères, confondus avec les ecthyma, les impetigo, et en général les pustules sous-épidermiques, sont ordinairement le résultat d'une affection générale, telle que les scrofules ou la syphilis, les changements apportés dans l'économie par la suppression des règles, par l'action prolongée des fièvres intermittentes. Ils sont toujours petits, en grand nombre, et rapprochés sur une même partie du corps. Après avoir long-temps soulevé et décollé la peau, qui se ramollit et perd une partie de ses moyens de nutrition, ils s'ouvrent par une légère ulcération qui donne issue au pus, et à travers laquelle un stylet peut pénétrer aisément et faire reconnaître l'étendue de la peau décollée. Celle-ci s'absorbe peu à peu, quoique toujours avec une extrême lenteur : lors même que son décollement est borné à une surface ronde de quatre à cinq lignes de diamètre, plusieurs mois sont nécessaires à cette absorption. Lorsqu'enfin elle est opérée, comme le fond de l'ulcère est souvent infiltré de pus, la cicatrisation se fait long-temps attendre; si bien que cinq à six mois, et même plus, sont nécessaires pour arriver à la guérison, du moment où s'est formé le petit abcès sous-cutané, jusqu'à celui où, après s'être ouvert et avoir été suivi de l'absorption de la peau, la surface qu'il offrait est enfin cicatrisée; et remarquez que la maladie ne se

prolonge pas seulement par la longueur du temps que met à se cicatriser chacune de ces ulcérations, mais par la production sans cesse renaissante de nouveaux abcès qui parcourent leurs périodes avec autant de lenteur que ceux qui les ont précédés, entretenant la maladie pendant plusieurs années, et quelquefois d'une manière illimitée.

Les ulcères succédant à de petits abcès sous-cutanés ne diffèrent que par leur peu d'étendue de ceux que produit l'ouverture des abcès froids, dont la cicatrisation ne s'opère que lorsque la peau, décollée par la suppuration, a été absorbée naturellement ou enlevée par l'art. Ils ont la forme et l'étendue de ceux qui succèdent aux pustules sous-épidermiques qu'on décrit sous le nom d'ecthyma ; mais ils en diffèrent essentiellement sous ce rapport que la suppuration qui les précède se forme au-dessous de la peau, et non pas au-dessous de l'épiderme. C'est ce qu'ont méconnu la plupart des auteurs qui ont écrit sur les maladies de la peau, et ce qui les a conduits à ne pas différencier les ecthyma des petits abcès sous-cutanés. Cette erreur n'a cependant pas été partagée par M. Astley Cooper et MM. Rayer et Cullerier : c'est ce qu'on va voir par les citations suivantes.

M. Astley Cooper, en traitant des ulcères (1), dit : « Les ulcères surviennent quelquefois dans le tissu cellulaire et forment ce que j'appellerai des furoncles chroniques. Quand la constitution est affaiblie par une cause quelconque, il arrive souvent que de petites tumeurs se forment sous la peau ; d'abord elles sont rouges, puis pourprées, et enfin elles s'ulcèrent : cette ulcération marche avec lenteur, on aperçoit bientôt une matière blanche au fond de cet ulcère, et aussitôt que celle-ci s'en va, il se forme des granulations de bonne nature, et la plaie se guérit. Il ne faut pas oublier, dans ce cas, le traitement général ; si la cause ne s'améliore point, les ulcè-

(1) *Lectures on the principles and practice of surgery*, p. 92.

res ne peuvent tendre à la guérison. » M. Astley Coöper conseille ensuite les laxatifs, les altérants, tels que les pilules de Plummer et le carbonate d'ammoniaque, chez les femmes dont la faiblesse est très-grande ; comme traitement local, les cataplasmes, et dans leur insuffisance, les lotions avec l'eau de chaux et le calomel, des applications légères de nitrate d'argent.

On voit par la description de M. Astley Cooper, qu'il a bien vu que les ulcères multiples survenant chez des femmes débilitées succèdent à de petits abcès dont le siége primitif est au-dessous de la peau. La comparaison qu'il en fait avec les furoncles est tellement frappante, qu'elle s'était présentée à mon esprit bien avant que j'eusse lu le passage que je viens de rapporter. C'est cette comparaison, autant que le reste de la description, qui ne me laisse aucun doute sur l'identité de ses observations et de celles que j'ai faites.

MM. Rayer et Cullerier, dans le *Dictionnaire de méd. et de chir. prat.*, disent, en traitant des syphilides : « La syphilide pustuleuse, la plus rare de toutes, consiste moins peut-être dans des pustules proprement dites que dans de petits abcès ou phlegmons qui se forment d'une manière plus ou moins rapide et qui laissent après eux des ulcères plus ou moins opiniâtres. » Les observations que contiendra la suite de ce Mémoire leveront tous les doutes que ces auteurs conservent encore sur le siége, au-dessous de la peau, des pustules ou ecthyma syphilitiques. On verra que le peu d'élévation de ces pustules que Cullerier appelle plates, dépend de ce que la peau oppose un obstacle au soulèvement opéré par le pus ; que lorsque ces petits abcès se sont ouverts, le stylet qu'on y introduit glisse au-dessous de la peau décollée, et que le temps si long nécessaire à la guérison dépend de ce que cette peau trop altérée pour se réunir aux parties sous-jacentes, doit être absorbée, et que le fond de l'abcès, infiltré de pus, est peu disposé à fournir des bourgeons charnus, lors même que la maladie générale est guérie.

M. Rayer, dans un article sur l'*impetigo figurata* de la face (*Diction. cité*), dit que cet impetigo peut devenir chronique et pénétrer toute l'épaisseur de la peau et même affecter le tissu cellulaire sous-cutané correspondant. C'est à cet *impetigo figurata* que je crois devoir rapporter ces petites pustules à peine saillantes au-dessus du niveau du derme, qui occupent, chez les scrofuleux, le nez, les yeux, le menton, et qui, par leur siége primitif au-dessous de la peau, produisent des ulcères rebelles, de la nature de ceux dont je veux faire connaître dans ce Mémoire un traitement efficace.

A part les auteurs que je viens de citer, ces ulcères succédant à de petits abcès sous-cutanés et qu'on observe chez les personnes débilitées, les syphilitiques, les scrofuleux, chez ceux qui ont eu des fièvres intermittentes, ont été rapportés aux pustules sous-épidermiques. En recherchant la source de cette confusion d'autant plus étrange qu'elle a été commise par des hommes qui se sont appliqués à l'étude des différences les plus légères, je ne puis la trouver que dans l'usage où l'on est généralement de ne point explorer avec le stylet les ulcérations que l'on rapporte aux maladies de la peau. C'est en me servant de cet instrument pour connaître l'étendue des décollements, la nature des parties soulevées, que j'ai été conduit à faire les observations que je viens de rapporter; elles sont faciles à vérifier, si l'on y joint l'emploi des autres moyens d'exploration.

Quel doit être le traitement de ces ulcères ? Evidemment le traitement général interne est celui qui doit précéder tous les autres, par cela seul que ces ulcères et les petits abcès qu les précèdent sont tous le résultat d'une maladie générale. C'est cette maladie générale, cause de tous les symptômes qu'on observe à la peau qu'il faut traiter avant tout. Mais si elle est guérie et que ses effets locaux subsistent seuls, par exemple, si les règles sont rétablies, les forces revenues, la syphilis constitutionnelle détruite, les ulcères qui en ont été la conséquence peuvent ne point se cicatriser, entretenus

qu'ils sont par des causes toutes locales, telles que le décollement, l'amincissement de la peau, l'infiltration de leur base par du pus : alors un traitement local est indispensable, il doit enlever les causes locales qui s'opposent à la cicatrisation.

Le second cas où ce traitement local peut être suivi avec activité, est celui où la maladie générale ne peut être guérie que lorsque la lésion locale l'aura été elle-même. Je m'explique : si l'affection scrofuleuse a produit un grand nombre d'ulcères sous-cutanés qui peuvent retenir dix à douze mois un malade à l'hôpital, un traitement local, même énergique, qui produira une guérison prompte, sera utile, pourra même précéder la guérison de la maladie générale, car il abrégera un séjour toujours nuisible quand il est prolongé ; et après un temps de peu de durée, il permettra au malade d'aller dans un air pur, et de se placer ainsi dans les seules conditions au milieu desquelles sa constitution puisse se fortifier et sa santé se rétablir. Remarquez aussi que si une suppuration étendue chez les individus les plus robustes, comme on le voit à la suite des amputations, des fractures compliquées, suffit pour disposer les organes intérieurs, les articulations à des suppurations secondaires, bien plus graves que les premières, les suppurations de cause interne peuvent bien exercer une influence semblable, et, par exemple, augmenter chez les scrofuleux et les syphilitiques la disposition qu'ils ont déjà à la formation des abcès. Dès-lors, dans leur traitement, il faut tout à la fois s'attaquer à la cause et à l'effet ; à la cause, qui est la maladie interne ; à l'effet, qui est la maladie locale réagissant à son tour sur l'économie dont elle augmente la disposition morbide.

Ainsi, lorsque les petits abcès sous-cutanés qui font le sujet de ce Mémoire, se produisent en grand nombre, lorsque les ulcères qui leur succèdent résistent, comme c'est l'ordinaire, à l'action des modificateurs, on peut leur faire subir un traitement énergique. Quel peut-il être? Je réponds à

cette question d'après le principe posé au commencement de ce Mémoire : en convertissant l'ulcère en plaie. Pour arriver à ce résultat, on peut se servir des caustiques et du bistouri.

La nécessité de détruire des parties trop profondément altérées pour devenir la base d'une cicatrice, a depuis long-temps conduit les médecins à l'emploi des caustiques dans le traitement des ecthyma syphilitiques ou non syphilitiques, dans celui des impétigo scrofuleux, maladies auxquelles, je l'ai démontré plus haut, il faut rapporter les ulcères succédant à de petits abcès sous-cutanés. Ils se sont servis du nitrate d'argent ou de nitrate de mercure; mais ces caustiques qui, sans agir avec trop d'activité, pourraient être utiles si l'ulcération était sous-épidermique, sont impuissants pour détruire la totalité de la peau qui est décollée, et ne peuvent servir que lorsque celle-ci a été résorbée et que le fond de l'ulcère est mis à nu.

La potasse caustique agirait sans doute à une plus grande profondeur, mais son action ne peut être limitée d'une manière précise ; la forme ronde de la plaie qu'elle produit n'est pas la plus propre à la cicatrisation, et comme on le verra dans la série des observations, si elle doit être appliquée un grand nombre de fois, son action est trop douloureuse. Quant à la pâte arsenicale, si elle peut être un utile auxiliaire dans quelques circonstances, il serait à craindre qu'en l'employant à la dose et dans l'étendue nécessaires pour opérer la destruction de tout ce qui est ramolli, infiltré de pus, elle ne produisît trop d'inflammation et les accidents généraux qui suivent sa résorption. La résection, comme moyen de convertir un ulcère en plaie, de remplacer une solution de continuité entourée de parties malades, par une solution de continuité reposant sur des parties saines, est de beaucoup préférable à la cautérisation. Si pour la pratiquer, on circonscrit chaque ulcère entre deux incisions semi-elliptiques, tracées dans les parties saines, et qu'on détache le fond encore dans la partie

saine, on peut en une seule fois, et dans un temps borné, convertir tous les ulcères en plaie et donner à celle-ci la forme allongée, la plus favorable de toutes à la réunion. Au moment de l'opération, la douleur est assez vive ; mais elle cesse aussitôt après ; l'inflammation chronique passe à l'état aigu, et les produits épanchés se résorbent ou s'organisent comme on le verra plus tard.

J'ai été conduit à employer cette méthode, moins d'après cette idée que je formule aujourd'hui en ce principe : convertir un ulcère en plaie ; que d'après cette observation, que l'ulcère ne guérissait parfaitement, que lorsque la peau décollée, avait été absorbée en partie, et que le fond s'était dépouillé du pus qui l'infiltrait. Je pensais qu'il fallait imiter le procédé naturel, et je me servis d'abord de la potasse caustique pour opérer plus rapidement une destruction qui se faisait spontanément avec tant de lenteur. Mais ce moyen très-douloureux ne m'ayant donné, quoiqu'employé avec persévérance, que des résultats imparfaits, je pensai à la résection des bords et du fond de l'ulcère : le résultat fut si satisfaisant, que je l'étendis autant qu'il me fut possible. La suite de ce mémoire est destinée à faire connaître les résultats que j'ai obtenus.

Voici comment je procède sur la jambe, par exemple : je commence par explorer avec soin le nombre des ulcères ; dans le centre de chacun d'eux, j'introduis un stylet ; je soulève, avec sa pointe, la peau décollée, et je reconnais l'étendue des décollements ; partout où se manifeste une légère élévation, je cherche si je ne reconnaitrai point de fluctuation : quand celle-ci est distincte, que la peau est violette, je me propose d'enlever la surface et le fond de l'abcès ; si la fluctuation est obscure, si la peau conserve encore sa sensibilité et son épaisseur naturelles, il suffit de faire une simple incision. Le nombre et l'étendue des résections que j'ai à faire, étant bien connus par cette exploration, je fais placer la jambe sur un drap plié en plusieurs doubles, car l'effusion de sang est

toujours considérable, et je circonscris chaque ulcère par deux incisions semi-elliptiques, tracées dans la partie saine; glissant ensuite mon bistouri à plat à travers l'une de ces incisions, je le passe au-dessous du fond de l'ulcère, que je détache ainsi que la peau décollée. Dans le commencement, je cherchai à saisir avec une pince les parties que j'avais circonscrites; mais comme elle se déchiraient toujours, tant elles étaient ramollies, j'ai abandonné les pinces, et ne me sers plus que du bistouri. Je répète ces petites opérations autant de fois que l'exige le nombre des ulcères, ce qui peut aller jusqu'à 15 ou 20 résections, et demande plus d'un quart d'heure. Je couvre avec de la charpie sèche toutes les plaies que j'ai faites, et je ne l'enlève que 3 ou 4 jours après; je panse ensuite, avec des bandelettes de diachylum, ou des compresses de vin aromatique.

Dans les ulcères scrofuleux de la face et du nez, n'osant aller aussi profondément qu'à la jambe, et laissant ainsi une partie encore infiltrée de pus, j'ai achevé de détruire celle-ci, en la recouvrant, quelques jours après l'excision, d'une couche légère de pâte arsénicale.

Résultats obtenus dans la résection des ulcères succédant à de petits abcès sous-cutanés, et qui ne dépendaient ni des scrofules, ni de la syphilis.

Ces ulcères s'observent assez souvent aux jambes des malades qui ont eu pendant long temps des fièvres intermittentes. Lors même qu'il n'existe point de gonflement de la rate, d'infiltration des jambes, ils peuvent ne pas guérir et résister à l'action des modificateurs. Les résections m'ont donné dans leur traitement les résultats les plus avantageux.

Obs. I.re — La première malade que j'ai opérée était une fille de 20 ans, d'un tempérament sanguin. Dès l'âge de douze à 15

ans, elle avait eu plusieurs fois des fièvres intermittentes, dont la cessation fut marquée par un apparition à la jambe droite d'un grand nombre de petits abcès sous-cutanés et d'ulcères consécutifs. Le mal envahit successivement la peau de toute cette partie du membre, et ne disparut que deux ans après. Les fièvres intermittentes se renouvellèrent alors, c'est-à-dire à l'âge de 17 ans, pour se dissiper de nouveau un an après. A cette époque, les règles parurent pour la première fois, et les ulcères suites de suppuration sous-cutanée, se déclarèrent dans les deux jambes, mais surtout dans la jambe droite, qui jusque-là n'avait pas été affectée. Six mois après cette nouvelle ulcération, la malade entra à l'hôpital de Roanne; la lésion parut si grave, et résista si obstinément aux moyens employés, qu'après quelques mois de séjour l'amputation de la jambe fut proposée; la jeune fille effrayée vint à l'hôpital de Lyon : elle avait alors 19 ans.

La jambe droite était augmentée de volume dans toute son étendue, et sur toutes ses faces. Le tissu cellulaire sous-cutané était à cet état lardacé que produisent les inflammations chroniques. Il unissait étroitement les aponévroses et la peau. La surface de cette membrane recouverte de 18 ulcères offrait tous les degrés indiqués dans la première partie de ce mémoire. Dans plusieurs points, l'on sentait des fluctuations bornées qui annonçaient la présence d'un peu de suppuration dont l'issue serait bientôt suivie d'une ulcération nouvelle; dans d'autres une portion de peau violette et décollée laissait appercevoir une petite perforation à son centre. Ailleurs l'ulcération s'était étendue et avait détruit des portions plus ou moins considérables de peau, laissant à nu un fond ramolli, fongueux et infiltré de pus.

Je commençai le traitement par l'application du vin aromatique, généralement employé à l'hôpital de Lyon dans le traitement des ulcères. Ce moyen fut tout à fait impuissant. Quelques ulcérations se cicatrisèrent à la vérité, mais d'autres s'agrandirent, de nouvelles ulcérations se formèrent, et après un mois la somme du mal restait la même; il fallut évidemment songer à une autre méthode de traitement. Je pensai alors que les bandelettes de diachylon, appliquées comme un bandage de Scultet sur toute l'étendue de la jambe, pourrait exercer une compression avantageuse et favoriser par là la résolution de l'engorgement du tissu cellulaire, faire adhérer au fond de l'abcès les portions de peau décollées et prêtes à s'ulcérer. L'emploi de ce moyen

pendant plusieurs semaines ne servit qu'à me convaincre de son inutilité. Je pensai alors que la compression aidée de douches de vapeur serait plus avantageuse, et j'envoyai tous les 4 à 5 jours la malade à la douche : dans l'intervalle la compression était renouvelée, et même on appliqua un appareil de fractures pour assurer le repos continu. Ces tentatives prolongées jusqu'au troisième mois du traitement n'eurent d'influence appréciable, ni sur la tuméfaction du membre, ni sur la guérison des ulcères. J'avais employé plusieurs fois, à l'exemple de M. Breton, la pommade anti-ophthalmique de Janin, dans le traitement des affections chroniques de la peau, et spécialement dans le traitement des eczema chroniques et des ecthyma scrofuleux ; quelque ressemblance entre le mal que j'avais à traiter et la dernière de ces inflammations me fit penser que cette pommade pourrait être avantageuse : je la prescrivis, et la malade s'en frictionna toute la jambe, la laissant en place dans l'intervalle des frictions. Ce fut toujours comme par le passé ; guérison lente dans un point, apparition d'ulcères nouveaux daus un autre, nouvelles ouvertures d'abcès que l'on croyait cicatrisés. Nous étions arrivés au quatrième mois du traitement si impuissant dans ces essais divers ; je pensai que quelque maladie interne entretenait le mal, et, soit cette considération, soit l'espérance de produire avec la pommade mercurielle une modification utile, je commençai un traitement local et général par les frictions mercurielles. Pendant deux mois cette méthode de traitement fut continuée sans résultat plus avantageux que celles qui l'avaient précédée. Vers le sixième mois, préoccupé du soin de guérir cette jeune malade, je commençai à réfléchir à cette observation que je faisais depuis long-temps, savoir que la guérison naturelle des ulcères ne commencerait à s'opérer que lorsque la peau décollée aurait été absorbée ; puisque cette destruction devait avoir lieu et qu'elle ne s'opérait qu'avec une lenteur extrême, l'on était naturellement conduit à l'opérer par la cautérisation, qui devait tout à la fois agir avec rapidité et donner aux ulcères une inflammation cicatrisante. Ce fut avec l'intention de produire une destruction de toute l'épaisseur du derme que je commençai l'emploi des caustiques, et non plus dans celle de stimuler simplement, comme on l'avait déjà fait à toutes les époques du traitement, avec le nitrate d'argent fondu. Je me servis d'abord du nitrate acide de mercure ; mais, plus tard, la potasse caustique qui produit un escarre plus profond et détermine moins de dou-

leur, me sembla préférable. Je passai trois mois à appliquer, chaque semaine, un ou deux cautères sur les portions de peau décollée, sur les abcès qui commençaient à se former. La plaie produite par la chute de l'escarre guérissait assez rapidement, la formation de nouveaux abcès devenait moins fréquente, les cicatrices ne se rouvraient plus et paraissaient assez solides. Ces succès m'engagèrent à continuer ces applications de potasse caustique, et la malade, encouragée, s'y résignait, quelque long et douloureux que fût ce traitement. Enfin, vers le dixième mois, le succès parut couronner nos efforts; et, après un séjour d'un an, la malade sortit à peu près guérie. Seulement deux ou trois cicatrices étaient imparfaites, et dans quelques parties on sentait un ramollissement qui faisait craindre des ulcérations nouvelles. Les inquiétudes que ces lésions nous laissaient sur la récidive ne tardèrent pas à se réaliser. Deux mois après sa sortie la malade rentra à l'hôpital, la jambe couverte d'ulcérations, tuméfiée et dans un état aussi grave qu'au début du traitement si long que nous lui avions fait subir.

J'étais las, découragé de toute tentative nouvelle, lorsque, après avoir essayé pendant trois semaines l'effet des fumigations cinnabrées, j'imaginai de faire l'excision des bords et du fond de tous ces ulcères. Je devais opérer ainsi, en une seule séance et en produisant une douleur de peu d'instants, ce que j'avais fait avec tant de lenteur et de souffrance, au moyen de la potasse caustique. Je pouvais donner à la solution de continuité une forme allongée, bien plus favorable à la cicatrisation que cette ulcération ronde qui succède à l'application de la potasse caustique; enfin la cicatrisation ne devait pas se faire attendre, puisque les plaies produites par l'instrument tranchant dans des parties saines guérissent avec rapidité si elles se bornent à une petite étendue de peau et de tissu cellulaire. Entraîné par ces raisons, je me décidai à circonscrire chaque ulcère par deux incisions semi-elliptiques faites dans les parties saines de la peau et à enlever toutes les parties comprises entre ces incisions. L'opération par laquelle je mis cette idée à exécution fut longue et douloureuse; elle dura près de vingt-neuf minutes. Il fallut répéter cette incision sur treize ulcérations à la jambe droite et sur quatre à la jambe gauche. Chacune de ces dissections présenta les mêmes particularités; les bords des portions de peau enlevée étaient résistants; mais le centre en était ramolli et se déchirait à la plus légère traction : le fond des ulcères

était infiltré de pus : j'en détachai la surface et la coupai en dédolant.

Aucune hémorrhagie ne suivit cette opération; je pansai avec de la charpie, et aucun accident, aucune fièvre ne s'étant déclarée, je l'enlevai le cinquième jour. L'engorgement de la jambe avait prodigieusement diminué, et toutes les plaies offraient un aspect vermeil. Dès ce moment, les pansements furent faits avec des compresses trempées dans du vin aromatique, et la cicatrisation marcha avec une rapidité si étonnante que toutes les plaies, dont les plus étendues n'avaient, il est vrai, qu'un pouce et demi de long et neuf ou dix lignes de large, furent complètement cicatrisées au bout de la cinquième semaine. Le membre était presque revenu à son volume naturel; et la malade sortit, un mois et demi après l'opération, parfaitement guérie. Je l'ai revue six mois après, et plus tard j'ai eu de ses nouvelles par des personnes sûres : pendant un an et demi la guérison ne s'était pas démentie.

En rapportant cette observation, j'ai insisté sur les tentatives auxquelles je m'étais livré avant de recourir à la résection : leur inutilité comparée au temps et à la persévérance avec laquelle elles furent faites, montre assez que cette résection était nécessaire; que seule peut-être elle pouvait placer les solutions de continuité dans des conditions favorables à la cicatrisation. La guérison qui la suivit fut plus prompte que dans aucun autre cas analogue. J'attribue cet effet, surtout au dégorgement rapide que les excisions produisaient dans la jambe, dont le tissu cellulaire contenait une grande quantité de sérosité. Par ce dégorgement, les parties enveloppées par la peau diminuant de volume, les bords de chaque plaie purent se rapprocher et se réunir par une cicatrice étroite et par conséquent prompte à se former.

Obs. IIe. — A l'époque où je fis l'opération dont j'ai fait connaître les résultats dans l'observation précédente, se trouvait depuis 2 mois, dans mes rangs, un malade affecté d'ulcères semblables à ceux que je venais de guérir. Il revenait pour la cinquième fois à l'hôpital, où depuis 4 années il avait passé plus de la moitié de son temps. Chaque séjour produisait de l'amélioration, mais jamais une

guérison complète. Ce malade, âgé de 47 ans, avait eu des fièvres intermittentes vers l'âge de 20 ans, des chancres et des bubons syphilitiques plus tard. Tous ces accidents étaient, du reste, complètement dissipés depuis longues années, et la constitution, quoique un peu affaiblie par les fatigues de la guerre, était forte, lorsqu'à l'âge de 39 ans, des ulcères précédés de petits abcès sous-cutanés commencèrent à se montrer à la jambe gauche. Dans les divers séjours qu'il fit à l'Hôtel-Dieu de Lyon, cet homme fut soumis à deux reprises à un traitement mercuriel, et les ulcères furent pansés avec l'onguent napolitain et le vin aromatique, mais toujours avec une faible amélioration, si bien que ces ulcères incomplètement cicatrisés s'aggrandissaient aussitôt qu'il reprenait ses occupations, et les abcès qui n'étaient point ouverts produisaient eux-mêmes de nouvelles ulcérations. Ce malheureux revenait comme je l'ai dit pour la cinquième fois. Il était pansé depuis deux mois avec le vin aromatique, et négligé un peu, comme le sont en général dans les grands hôpitaux ceux dont les maux n'offrent pas d'intérêt scientifique, et sur lesquels l'art ne nous offre que des moyens impuissants. Mais aussitôt que la résection eut produit, sur le sujet de l'observation précédente, les résultats les plus avantageux, ce malade ne tarda pas à fixer mon attention, et je résolus également de faire la résection de tous ses ulcères. Ceux-ci étaient au nombre de 11 à la jambe droite et de 5 à la jambe gauche; ils étaient en général plus nombreux à la partie postérieure du membre qu'à la partie antérieure, et sur les mollets qu'autour du tendon d'Achille.

L'opération dura plus d'une demi-heure, et le malade disposé à tout essayer pour obtenir une guérison radicale, ne manifesta que peu de douleur. Il fut si peu ému que le lendemain il reprit son régime habituel. A la levée du premier appareil, 5 jours après l'opération, l'aspect des plaies était satisfaisant, et la cicatrisation ne tarda pas à commencer; mais elle fut plus lente que chez la jeune fille, et il fallut deux mois avant qu'elle fût complète : pendant ce temps il ne se forma pas un seul abcès sous-cutané, et, lorsqu'il fut écoulé, les cicatrices étaient solides et la guérison complète. Pour la première fois depuis six ans, je dois annoter que le tissu cellulaire n'était pas engorgé; et que dès lors la jambe ne diminua pas de volume après l'opération. Cette circonstance, jointe à l'exercice que le malade ne cessa de faire pendant les deux mois qui suivirent l'opération, retardèrent sans doute la guérison. Le pansement fut

fait d'abord avec du vin aromatique, plus tard avec des bandelettes de diachylon.

Onze mois après sa sortie, ce malade revint avec des ulcères plus nombreux encore que tous ceux qu'il avait eus avant ma première opération. Il est à remarquer toutefois que la guérison ne s'était point démentie à la jambe droite où j'avais fait la résection de 11 ulcères, et qu'à la jambe gauche les ulcères s'étaient reproduits, particulièrement à la partie antérieure et supérieure du tibia, où ils n'existaient point avant la première opération : en général les cicatrices ne s'étaient point r'ouvertes, mais les ulcères s'étaient développés dans les parties saines jusque là.

Les ulcères avaient du reste le caractère déjà observé ; multiples comme la première fois, ils étaient au moins au nombre de 30. Tous étaient en partie recouverts par une peau violette, molle, se rompant sous la plus légère traction, et avaient un fond infiltré de pus.

Leur nombre était trop considérable pour que je pusse les enlever en totalité et dans une première opération. M'occupant seulement de ceux des parties antérieures et latérales externes, je fis l'excision de ces ulcères en comprenant chacun d'eux entre deux incisions semi-elliptiques enlevant la peau malade et un peu de la peau saine, et détachant ensuite avec le bistouri le fond ulcéré et ramolli.

Lorsque des ulcères nombreux et petits se trouvaient très-rapprochés les uns des autres, je les comprenais dans une seule excision, et pour rendre celle-ci plus rapide, je commençais par circonscrire tous les ulcères que je voulais enlever, et je m'occupai ensuite de détacher toutes les parties que j'avais ainsi circonscrites. L'opération dura cependant plus de 15 minutes. Je recouvris avec de la charpie les plaies que je venais de faire, et les ulcères que je n'avais point touchés. Il n'y eut aucune espèce de réaction et de changement dans l'état général du malade. Cinq jours après j'enlevai la charpie, et pendant un mois et demi, je pansai avec des bandelettes de diachylon disposées comme un bandage de Scultet, et renouvelées tous les deux à trois jours. Rien ne fut plus propre à mettre en évidence les avantages de la résection, que le résultat que j'observai alors. Les ulcères que par la résection j'avais convertis en plaies, étaient presque guéris, que ceux que je n'avais point touchés, quoique pansés de la même manière, n'offraient que des apparences illusoires de guérison.

Dans plusieurs points, ils semblaient cicatrisés ; mais, en introduisant un stylet dans leur partie moyenne, on faisait facilement parcourir à celui-ci un certain trajet au-dessous de la peau ramollie, décollée, qni était rapprochée, mais non point réunie aux parties sous-cutanées. Je recommençai les excisions ; j'en fis quatorze, ne laissant aucun point qui me parut ulcéré, sans l'enlever, et faisant une incision longitudinale au moins d'nn demi-pouce à un pouce sur les parties que je soupçonnais prêtes à se décoller.

Comme la première fois, je pansai pendant qnelques jours avec de la charpie, et cinq jours après je recommençai l'usage des bandelettes de diachylon. La guérison continua à se faire, dans les parties où elle était déjà commencée et marcha assez rapidement, dans les parties nouvellement converties en plaies. Vers le quatrième mois, elle était très-avancée, mais incomplète encore ; quelques ulcérations semblaient même s'agrandir, et formaient une surface fongueuse et violacée. Les ayant inutilement cautérisées, j'en fis de nouveau la résection, elles étaient au nombre de trois. Dès ce moment, fin du cinquième mois du séjour à l'hôpital, la guérison ne fnt plus interrompue, elle était complète à la fin du sixième mois. A cette époque, le mollet et les parties internes et antérieures de la moitié supérieure de la jambe présentaient une multitude de cicatrices blanches et solides. Le malade, que l'on avait assujetti au repos, resta quinze jours dans l'hôpital, se promenant du matin au soir, et sortit ensuite parfaitement guéri.

L'exemple de ce malade vient se joindre à celui que j'ai cité en premier lieu, pour montrer que, dans l'insuffisance de tous les traitements ordinaires, la résection opérée autour de chaque partie ulcérée, de manière à la convertir en plaie simple, est un moyen d'une grande efficacité ; et vraiment cette substitution d'une plaie dont les bords sont simplement affectés d'une inflammation chronique, à un ulcère dont les bords et le fond sont infiltrés de pus, et qui est recouvert par une peau molle et ne recevant plus de vaisseaux par sa face profonde, place la solution de continuité dans des conditions si favorables, qu'on n'a pas lieu de s'étonner que la guérison en soit la conséquence. La seconde observation prouve que cette substitution n'empêche pas la récidive du mal ; mais, qu'on le remarque bien, la récidive n'a pas eu lieu dans les

cicatrices, mais dans les parties environnantes, la guérison de tous les petits abcès et de tous les ulcères dont la jambe était couverte a arrêté, momentanément du moins, cette production incessante de nouveaux abcès et de nouveaux ulcères, et permis ainsi d'arriver à une guérison complète. Que plus tard la disposition inconnue et intérieure ait reproduit les ulcères, il n'y a pas lieu de s'en étonner : c'est la loi qui règle toutes les affections de cause interne; tant que l'art ne détruit pas cette cause, ses effets peuvent se reproduire indéfinitivement.

La résection simultanée de tous les petits ulcères des jambes constitue une véritable opération, lorsque ceux-ci sont aussi nombreux qu'on l'a vu dans les dernières observations, et rend nécessaire le transport des malades dans une salle isolée. Pour éviter l'effroi que cause toujours ce transport et diviser en quelque sorte la douleur que produisent ces résections simultanées, je pensai à les pratiquer au lit du malade, en n'opérant à la fois que sur un petit nombre d'ulcères pour recommencer quelques jours après, jusqu'à ce que la guérison fut complète. J'agis de la sorte dans le traitement de la femme dont je vais rapporter l'histoire.

Obs. III. — Cette femme de la campagne, âgée de trente-huit ans, mère de cinq enfants, jouissant d'une bonne santé, entra à l'hôpital le 5 juillet 1836. Onze ans auparavant, à la suite de sa dernière couche, elle commença à avoir des ulcères aux cuisses et aux jambes des deux côtés. Ces ulcères se cicatrisaient pendant que d'autres se développaient autour d'eux, et par suite de cette succession non interrompue de formation d'ulcères et de guérisons partielles, cette femme avait les cuisses et surtout les jambes couvertes de cicatrices nombreuses, à côté desquelles se trouvaient disséminés plus de trente ulcères du genre de ceux que j'ai décrits au commencement de ce Mémoire. On pouvait, comme chez les précédents malades, en suivre tous les degrés. Dans quelques points, la petite collection purulente soulevait la peau sans produire de changement de couleur; dans quelques autres, la peau

soulevée était violette ; dans plusieurs, elle était ulcérée, et le centre de cette ulcération permettait l'introduction d'un stylet; enfin, quelques ulcères étaient larges et leurs bords taillés perpendiculairement, comme il arrive toujours lorsqu'ils succèdent à des abcès sous-cutanés. Leur fond était grisâtre et infiltré du pus.

Ces ulcères offraient tant de rapports par leur multiplicité, la couleur des parties environnantes, leur forme, la succession de leurs périodes, avec les ulcères syphilitiques, que je fus porté à les regarder comme tels; mais l'absence de tout gonflement du tibia et des autres os, celle de toute lésion du nez, de la bouche, et les renseignements que je pus recueillir, ne confirmèrent pas ce soupçon.

Je crus devoir employer toutefois, dans les pansements, l'onguent napolitain, et quelques jours après l'entrée de la malade, je commençai à faire des résections partielles sur quatre ou cinq ulcères chaque fois, et sur ceux qui étaient rapprochés les uns des autres. Pendant un mois et demi je répétai cette opération sept fois, à des intervalles de cinq à six jours. Je pansai d'abord les plaies avec de la charpie, et puis, comme tout le reste du mal, avec de l'onguent napolitain. A chacune de ces petites opérations, je cherchais avec soin si je ne sentirais pas quelques-uns de ces petits abcès sous-cutanés qui, abandonnés à eux-mêmes, produisaient des ulcères toujours si longs à guérir, et lorsque je les avais reconnus, si la peau était saine, je les incisais selon toute leur longueur. Le pus s'écoulait, et le recollement de la peau se faisait sans peine avec le tissu cellulaire sous-cutané encore peu altéré.

Pendant le temps que je fis ces résections, je pus aisément comparer la marche des ulcères qui y avaient été soumis et de ceux que je n'avais pas excisés. Bien que les uns et les autres fussent pansés de la même manière, les premiers seuls tendaient rapidement à la cicatrisation : celle-ci se fit d'une manière générale, lorsque toutes les résections furent opérées; et 3 mois après son entrée, la malade sortit de l'hôpital, guérie d'une maladie qu'elle portait depuis onze ans, et qu'elle avait désespéré de voir finir.

Dans les trois observations que je viens de rapporter, bien que les ulcères réséqués fussent très-nombreux, il n'y eut au-

cune fièvre, aucun phénomène de réaction ; je considère ce résultat comme dépendant de ce que les incisions ont été pratiquées sur des tissus chroniquement enflammés, c'est-à-dire, dans des tissus infiltrés de sérosité et surtout de matière organisable. Ainsi modifiés dans leur structure, les tissus ne sont plus aussi perméables aux liquides, absorbent plus difficilement, et sont moins sensibles. Je pourrais, par des observations nombreuses, tirées surtout des résections faites en enlevant les os et en conservant toutes les parties molles chroniquement enflammées qui les entourent, fortifier cette proposition générale, que des sections faites dans des tissus modifiés dans leur structure par une longue irritation, sont moins dangereuses que celles que l'on pratique dans des parties saines, dans du tissu cellulaire perméable à toute espèce d'imbibition. Cependant dans un cas où je fis des résections bien moins étendues et moins nombreuses que celles dont il a été question dans les chapitres précédents, il survint un érysipèle phlegmoneux qui fut assez intense pour nous donner de l'inquiétude.

Obs. IVe. — Un jeune homme bien constitué, de 36 ans, eut sans cause connue, au devant de la partie moyenne des tibias, deux abcès du côté droit et un seul du côté gauche. Ces abcès, d'un pouce à peu près de diamètre, s'ouvrirent spontanément après un mois de durée : six semaines plus tard, existaient à leur place des ulcères recouverts en grande partie par de la peau amincie et décollée ; j'enlevai cette peau et le fond des ulcères, en empiétant un peu au delà du décollement. Pendant quatre jours, le malade ne fut fatigué en aucune manière ; mais au bout de ce temps, il se développa, du côté droit, un érysipèle phlegmoneux, qui s'étendit à toute la jambe et au dos du pied, produisit des abcès nombreux qu'il fallut ouvrir en plusieurs endroits et par de larges incisions, si bien que deux mois et demi furent nécessaires pour que les suites de cette maladie accidentelle fussent complètement dissipées.

Bien que, dans ce cas, l'opération fut beaucoup plus lé-

gère que chez les autres malades, elle fut suivie d'un érysipèle grave. Celui-ci dépendait sans doute de quelques causes accidentelles que l'opération n'avait fait que mettre en jeu. Il n'est pas de moyen si peu dangereux en apparence, qui ne puisse être suivi d'accidents dans des circonstances défavorables.

(*La fin au numéro prochain.*)

Analyse du Traité des maladies et des blessures des nerfs, *de Joseph* SWAN (1); *Réflexions et observations sur ces maladies ; par* J.-T. MONDIÈRE, *médecin à Loudun* (*département de la Vienne*).

L'ouvrage du docteur Swan est divisé en seize chapitres que nous allons successivement passer en revue. Le premier, ne renfermant que des généralités dont les chapitres suivants présentent le développement, ne doit pas nous arrêter.

Dans le second, l'auteur s'occupe des diverses névralgies en particulier, et d'abord de névralgies faciales, dont il rapporte quelques observations intéressantes. Il cite, entre autres, celle d'une femme âgée de quatre-vingts ans, encore pléthorique, qui mourut d'apoplexie peu de jours après avoir ressenti les premières atteintes d'une névralgie faciale, et, à ce sujet, il émet le précepte de se méfier de ces douleurs névralgiques, chez les personnes âgées surtout, parce qu'elles sont le plus ordinairement liées à un état de congestion de l'encéphale. Nous venons tout récemment encore d'observer un fait qui prouve toute la justesse de la remarque de

---

(1) *A Treatise on diseases and injuries of the nerves.* Nouv. édit. 1834, in-8, pp. VIII-356. Pl. X.

M. Swan, et si nous eussions attaché à ce symptôme toute l'importance qu'il mérite en pareil cas, nous eussions peut-être soustrait la malade à une attaque d'apoplexie qui a entrainé une hémiplégie, rebelle jusqu'à ce jour à tout traitement. Déjà l'expérience nous avait appris à nous tenir sur nos gardes, quand nous étions consulté pour une paralysie partielle de la face chez des personnes disposées à l'apoplexie. Deux fois, entre autres, nous avons abservé ce phénomène chez M. Bricheteau, frère du médecin de ce nom, qui a déjà eu plusieurs attaques, et pour nous aujourd'hui la névralgie faciale aura, comme symptôme, la même valeur.

Le troisième chapitre est consacré à l'inflammation des nerfs, et sa lecture nous a convaincu, plus que jamais, que l'histoire de la névrite, si obscure encore, a besoin que la science s'enrichisse de faits nouveaux et nombreux pour présenter quelque chose de satisfaisant. Voici un fait que l'auteur rapporte comme un cas de névrite :

Une femme âgée de cinquante ans, environ, se piqua, au mois d'août 1821, avec une fourchette, l'extrémité du pouce droit qui, presque immédiatement, devint le siége d'une vive douleur et d'un gonflement considérable. La plaie fut dilatée, mais le gonflement s'étendit bientôt au bras et à l'épaule. Diverses collections purulentes se formèrent successivement entre le petit doigt et le doigt annulaire, et le long de l'avant-bras, sur le trajet de l'artère radiale ; ils furent tous ouverts. Tels sont les renseignements que la malade fournit à M. Swan, lorsqu'il la vit pour la première fois, au mois de février 1823. Elle se plaignait alors d'une grande chaleur et d'une douleur piquante dans les doigts indicateur, majeur et annulaire, qui ne remplissaient que d'une manière imparfaite leur fonction du toucher : ni le petit doigt, ni le pouce ne participaient à cette affection. Les doigts malades avaient, dans le commencement, été entraînés dans une flexion permanente, qui avait enfin cessé. Des embrocations huileuses et des frictions avec un liniment laudanisé furent mis eu usage, mais, il parait, sans succès. Enfin, au mois de mars, après avoir éprouvé un grand nombre d'accidents nerveux, la malade fut soumise à

l'emploi du sous-carbônate de fer, et bientôt après elle commença de pouvoir tricoter.

Y a-t-il eu, dans ce cas, névrite ou névralgie? Le succès qui a suivi l'emploi du sous-carbonate de fer porterait peut-être à regarder comme plus probable l'existence de la seconde maladie? Au reste, nous n'avons point encore de signes certains pour reconnaître, dans la pratique, une névrite d'une névralgie; et ceux que M. Martinet (1) indique dans son Mémoire, du reste fort intéressant, ne nous paraissent point offrir un degré suffisant de précision. La même incertitude est résultée pour nous de la lecture de quelques travaux plus récents, ce qui nous fait regretter de n'avoir pu consulter la dissertation du docteur Nasse (2), que J. Frank propose comme un modèle à suivre.

Le quatrième chapitre traite des ulcérations des nerfs. L'auteur ayant eu occasion d'observer un certain nombre d'individus qui, portant des ulcérations chroniques aux jambes, éprouvaient des douleurs atroces que rien ne pouvait calmer, s'est livré à quelques recherches pour en connaître la cause. Voici un des faits qu'il a recueillis :

Un soldat, âgé de 54 ans, portait depuis long-temps, à la partie inférieure de la jambe, une vaste ulcération qui, plus tard, devint fongueuse, et s'accompagna de douleurs tellement vives et déchirantes dans la jambe et la cuisse, que le malade demandait en grâce qu'on lui pratiquât l'amputation. On céda enfin à ses prières, et la cuisse fut amputée. Au bout d'un mois il était guéri, sans que les douleurs eussent reparu dans le moignon.

L'examen du membre, outre les altérations ordinaires en pareil cas, de la peau, des muscles et des os, fit reconnaître les circonstances suivantes : le nerf sciatique était considérablement

---

(1) *Mémoire sur l'inflammation des nerfs*, inséré dans la *Revue médicale*. Juin 1824.

(2) *Dissertatio de nevritide*. Halle, 1801, in-4°.

hypertrophié, mais inégalement dans ses diverses branches. La plus grande partie des nerfs était recouverte d'une couche de graisse, qui différait par l'aspect et de celle du membre et de celle qui entoure ordinairement les cordons nerveux; le nerf sciatique présentait çà et là quelques veines variqueuses, et quelques unes de ses branches étaient plus molles et plus faciles à déchirer que d'habitude. La branche du nerf crural antérieur qui accompagne la veine saphène était un peu hypertrophiée : le nerf péronier l'était beaucoup plus, ainsi que le tibial antérieur et la branche dorsale du péronier qui offraient un volume double; cette dernière, à un pouce environ de l'ulcère, était dans un état d'ulcération manifeste, et dans un point, presque entièrement détruite.

Un autre fait, rapporté par l'auteur avec beaucoup de détail, présenta les mêmes particularités; et c'est, éclairé par ces dissections, que M. Swan conçut l'idée de retrancher une portion du nerf, dans des cas semblables, pour conserver aux malades leur membre, tout en les mettant à l'abri de leurs vives douleurs. Cette opération fut pratiquée avec succès dans le cas suivant :

Un homme âgé de quarante-huit ans portait, à la jambe gauche, un large ulcère qui s'étendait depuis la partie moyenne du membre jusqu'au coude-pied. Cet ulcère était le point de départ de violentes douleurs qui privaient le malade de tout repos et étaient accompagnées de mouvements spasmodiques involontaires. Toutefois la douleur était presque entièrement bornée au nerf péronier, car lorsqu'on le comprimait au jarret, on les renouvelait ou on les augmentait. Ces douleurs et de fréquentes hémorrhagies ne laissèrent d'autre ressource pour conserver la vie, que de pratiquer l'amputation du membre, à laquelle le malade était décidé. Mais avant d'en venir à cette ressource extrême, M. Swan voulut tenter la chance de conserver le membre en réséquant seulement une portion du nerf malade.

En conséquence, une incision longue de deux pouces environ fut pratiquée le long du bord interne du jarret. Cette première incision divisa la peau et le tissu cellulaire, et mit à découvert un *fascia superficialis* qui, divisé, permit de voir le nerf et de le soulever avec une sonde. Le malade étant solidement maintenu par des aides, le nerf fut coupé le plus haut possible, puis séparé des parties

environnantes, et réséqué, enfin, un pouce au-dessous de la première section. La plaie fut alors réunie par première intention, et le malade reporté à son lit. Aussitôt après la résection du nerf toute douleur cessa dans l'ulcère, et en touchant la partie supérieure du pied, le malade n'en eut pas conscience.

Sans rapporter ici cette observation dans tous ses détails, nous nous bornerons à dire que la douleur, les mouvements convulsifs ne reparurent pas, mais que bientôt l'ulcère fit des progrès, les os déjà malades s'exfolièrent; la diarrhée, la fièvre hectique survinrent, et il fallut recourir à l'amputation du membre deux mois environ après la première opération.

L'opération que j'ai pratiquée, dit M. Swan, est si simple, qu'avant de recourir à l'amputation, dans des cas analogues, dans lesquels les parties molles seules seraient envahies par l'ulcération, il conviendrait de pratiquer d'abord la résection du nerf.

Bien que nous ayons déjà beaucoup lu, nous ne connaissons cependant aucun cas analogue à celui de M. Swan, et nous laissons à l'expérience à prononcer sur la valeur de sa méthode thérapeutique.

Les tumeurs des nerfs font le sujet du cinquième chapitre. Ces tumeurs sont le plus ordinairement produites par un dépôt de matière plastique entre les fibres du cordon nerveux; quelquefois aussi elles consistent en un kyste développé au centre du nerf et contenant une matière gélatineuse. M. Swan ne relate ici qu'un seul fait qui lui soit propre, et qui offre trop peu d'intérêt pour que nous le rapportions; mais il cite deux autres cas, dans lesquels on crut à l'existence d'un fongus hématode; l'amputation de la cuisse fut pratiquée, et la dissection fit reconnaître qu'il s'agissait de tumeurs volumineuses développées entre chaque fibrille du nerf sciatique, comme l'a démontré une pièce anatomique soigneusement préparée par M. Langstaff.

Nous profiterons de l'occasion qui se présente pour ajouter un nouveau fait à ceux que possède déjà la science sur les tumeurs des nerfs.

Au mois de février 1835, la nommée Fromenteau, demeurant à Lavau, commune de Cursay, vint nous consulter pour une petite tumeur siégeant à la partie interne et un peu supérieure du bras droit, dont elle faisait remonter le développement à huit ans, et qu'elle attribuait à une violente pression exercée par les doigts d'un robuste campagnard, des mains duquel elle cherchait à s'échapper. Cette tumeur, du volume d'une aveline, était développée sur le nerf cutané interne, comme le démontrait son siége et plus encore les douleurs auxquelles elle donnait naissance; elle était dure, mobile, insensible quand on la comprimait latéralement, mais quand elle était comprimée de dehors en dedans, par rapport au bras, il en résultait des douleurs horribles, des syncopes et des mouvements convulsifs. Il faut noter encore que cette tumeur acquit dès les premiers moments de son développement le volume qu'elle présentait quand nous vîmes la malade, et qu'elle n'a pas grossi depuis. Elle a toujours donné lieu aux mêmes douleurs qui, partant du siège de la tumeur, descendaient jusqu'au poignet et au petit doigt, en suivant les divisions du nerf, et remontaient le long de ce même nerf jusque dans l'aisselle, en s'irradiant sur les parties postérieure et latérale de la poitrine, au moyen sans doute du nerf pectoral postérieur, qui, comme lui, naît de la huitième paire cervicale et de la 1re dorsale. Depuis huit ans la malade n'a pas cessé de souffrir; mais les douleurs, légères et tolérables quand la tumeur n'était pas comprimée, devenaient horribles toutes les fois que la plus légère pression était exercée sur elle, soit par les vêtements, soit pendant le travail : aussi cette malheureuse femme, dont la constitution était depuis long temps déjà altérée par suite de ses souffrances, portait-elle des vêtements larges, et ne se livrait qu'avec beaucoup de répugnance au plus léger travail; elle ne pouvait, par exemple, ni filer, ni tricoter, ni coudre. Lorsque, malgré l'attention qu'elle y mettait, la tumeur venait à être subitement et assez fortement comprimée, il en résultait une douleur déchirante, remontant surtout le long du nerf et s'étendant à la poitrine, d'où gène de la respiration, suffocation, syncope et quelque chose par là d'analogue à ce qu'on observe dans une attaque d'angine de poitrine. Cette syncope durait de 15 à 20 minutes, comme j'ai pu m'en assurer moi-même, en la produisant par une forte et subite compression exercée sur la tumeur du bras. En sortant de cet état la malade se plaignait d'engourdissement douloureux dans les parties désignées plus haut.

L'indication était facile à saisir; et nous proposâmes l'extirpa-

tion de la tumeur. La malade étant couchée sur un lit et maintenue par deux aides, nous fîmes sur la tumeur et le trajet du nerf une incision longue d'un pouce et demi : la peau et le tissn cellulaire incisés couche par couche, nous mîmes à découvert la tumeur et le nerf sur lequel elle avait pris naissance. Nous réséquâmes ce nerf, demi pouce au-dessus et demi ponce au-dessous de la tumeur, avec la précaution de couper au-dessus d'abord. Cette double section fut peu douloureuse. Nous réunîmes par première intention, et trois jours après, la cicatrisation était parfaite. La tumeur, examinée après avec attention, nous parut avoir pris naissance au centre même du tissu dn nerf; elle était solide, d'un blanc jaunâtre et assez dure ; à la dessication elle s'est comportée à peu près comme les cartilages.

Dans ce fait, nous ferons remarquer que la cause probable du développement de la tumeur fut la pression exercée par une main robuste sur le nerf cutané (1). Cette étiologie est d'ailleurs suffisamment établie par les faits analogues que possède déjà la science, et qui presque tous prouvent que la contusion est sans contredit la cause la plus fréquente de ces *névrômes*. C'est sans doute cette circonstance qui explique pourquoi ces tumeurs s'observent plus fréquemment sur les nerfs des membres inférieurs que sur ceux des extrémités supérieures. En effet M. A. Petit (2), entre autres, dit que le plus grand nombre de celles qu'il a opérées étaient aux jambes. Les observations de M. Swan confirment cette proposition. Parmi les faits que rapporte cet auteur, il en est un fort curieux, dû à Denmark, et dans lequel la tumeur eut pour cause première un petit fragment de balle de fusil qui s'était implanté dans le nerf médian; on eut recours dans ce cas à l'amputation du membre.

---

(1) Dupuytren a vu une tumeur de cette nature développée sur le nerf cubital, chez une dame qui, dix ans auparavant, avait fortement été saisie par le bras. Ant. Dujardin, *Propositions de médecine*. Thèse. Paris, 1833. N° 2, p. 10.

(2) *Essai sur la douleur*. Lyon, 1799, in-8, p. 15, note.

Les effets variés, produits par ces tumeurs, sont trop bien connus pour qu'il soit besoin de les rappeler ici ; nous ne pouvons cependant nous empêcher de faire une remarque, c'est que bien que la cause soit permanente, la douleur et les accidents peuvent être intermittents : c'est ce qu'a vu le professeur Michaëlis (1), à Marbourg. Un malade éprouvait une douleur intermittente dans les environs du tendon d'Achille, douleur qui avait résisté à de nombreux moyens. On mit à nu le nerf qui passe le long de ce tendon, et qui est une continuation du rameau commun du nerf tibial ; il s'y trouva une tumeur enkystée, cartilagineuse, de la grandeur et de la forme d'une fève. Son extirpation termina tous les accidents. M. Ollivier, d'Angers, a également observé une sciatique intermittente due à un lipôme développé dans le nerf (2).

Quant au traitement, le plus grand nombre des chirurgiens ont eu recours, comme nous, à la résection du nerf, qui nous paraît préférable à l'extirpation de la tumeur. Everard Home rapporte un cas malheureux dans lequel la dissection d'une tumeur située dans le nerf axillaire fut suivie de la mort. Cependant on a quelquefois eu recours avec un plein succès, à la potasse caustique, qui toutefois doit être réservée pour quelques cas particuliers. C'est ce qu'a fait avec avantage M. Izard pour un cas de tumeur développée à la partie moyenne du nerf sciatique et donnant lieu à une névralgie très-douloureuse et à de fortes convulsions.

Mais revenons à l'ouvrage de M. Swan. Les divisions complètes des nerfs font le sujet du sixième chapitre. L'auteur donne pour précepte, toutes les fois que dans une plaie un nerf plus ou moins volumineux a été divisé, d'enlever tout le sang épanché dans la plaie, et de réunir par première intention. Les faits que M. Swan a recueillis et les expériences

---

(1) *Bibliothèque médicale*. T. XLIV, p. 112.
(2) *Archives de medecine*. T. XV, p. 123.

qu'il a faites, lui ont démontré que par là on prévenait l'inflammation du nerf, inflammation toujours douloureuse et quelquefois suivie d'accidents graves. Du reste ce chapitre ne contient rien qui ne soit déjà connu. Nous indiquerons seulement une observation de fracture du col du fémur dont le diagnostic fut fort obscur, et dans laquelle le nerf sciatique fut profondément lésé : la mort fut la suite de cet accident.

Le septième chapitre est consacré à l'histoire des piqûres et des divisions incomplètes des filets nerveux. Parmi les faits que rapporte l'auteur et dont quelques-uns sont fort intéressants, nous avons remarqué le suivant, dans lequel les accidents furent la suite d'une saignée, et que nous rapportons parce qu'aujourd'hui beaucoup de médecins ne croient pas à cette lésion, ou n'y attachent pas toute l'importance qu'elle mérite ; il y a plus : l'auteur de l'article *Saignée* dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, n'en fait même pas mention en parlant des accidents de cette opération.

«Je fus appelé, dit le Dr. Wilson, auquel M. Swan doit ce fait, auprès d'une femme que je trouvai dans des convulsions tellement fortes, que plusieurs personnes étaient nécessaires pour la maintenir sur son lit ; les mains étaient fermées avec une force telle qu'il fut impossible de les ouvrir ; bientôt elle tomba dans un état comateux. J'appris que, deux jours auparavant, elle avait été saignée par un jardinier, (Gardener) ; qu'elle s'était beaucoup plainte du bras où elle avait été saignée, et d'une douleur qui, partant de la saignée, se propageait à l'épaule. J'examinai la piqûre faite par la lancette sur la veine médiane ; elle n'était pas cicatrisée, elle était un peu enflammée, et un liquide clair suintait à travers les lèvres de la petite plaie. Les convulsions devinrent encore plus fortes, pendant que je faisais cet examen, ce que j'attribuai à l'irritation qui en était résultée. Dans le but d'interrompre la communication du point malade avec l'encéphale, j'appliquai un tourniquet au-dessus de la saignée. Immédiatement les spasmes cessèrent ; mais bientôt les convulsions reparurent, et une application nouvelle du tourniquet ne fut pas suivie d'un effet aussi marqué. Comme il me paraissait certain que les acci-

dents dépendaient de la lésion du nerf cutané par la lancette, je me déterminai à diviser complètement ce nerf par une incision transversale faite au-dessus de la piqûre, de manière à interrompre toute communication avec le cerveau. En conséquence, je pratiquai, au moment où les convulsions étaient portées à un point extrême, une incision immédiatement au-dessus de la saignée. Aussitôt après, les convulsions cessèrent, et les mouvements du bras redevinrent tout-à-fait libres. Depuis, aucun accident n'a reparu.

A ceux qui ne voudraient pas, comme le Dr Wilson, rapporter les accidents de cette saignée à la piqûre d'un filet nerveux, nous rappellerons que dans une note que Bosquillon a jointe à sa traduction de la *Chirurgie* de Bell, ce médecin a consigné deux cas de blessure de filets nerveux dans la saignée de la jugulaire pratiquée sur deux enfants. Cette piqûre développa des accidents très-graves, et ces malheureux périrent dans un état voisin du tétanos. En disséquant avec soin la partie, on vit que le plexus cervical superficiel avait été lésé.

Dans le huitième chapitre, l'auteur étudie les effets de la ligature des nerfs, et rapporte plusieurs observations empruntées à divers auteurs, dans lesquelles il en est résulté de graves inconvénients. Il s'est assuré par des expériences, qu'aussitôt après l'application de la ligature, les vaisseaux de la portion du nerf blessé devenaient et plus larges et plus nombreux, et qu'il se faisait un épanchement de lymphe coagulable. Dans un cas, au bout de 72 heures, les portions du nerf complètement divisé par la ligature, étaient déjà réunis par cette lymphe, et les vaisseaux anastomosés. C'est dans des cas de cette espèce que l'on voit l'influx nerveux se rétablir si promptement que quelques expérimentateurs en ont été surpris.

Des faits qu'il rapporte, l'auteur conclut que l'on ne doit que le plus rarement possible recourir à la ligature des nerfs; mais que dans le cas où il le faut absolument, le lien doit être fin, et serré de manière à diviser complètement le filet nerveux.

La compression des nerfs est étudiée dans le neuvième chapitre. Ici l'auteur rapporte une observation qui mérite d'être connue, en raison de la singularité des symptômes, quand même on ne partagerait pas son opinion sur l'étiologie du mal ; elle pourra être utile dans la pratique.

Au mois de novembre 1828, M. John Ryol me consulta, dit M. Swan, pour une douleur vive qu'il éprouvait au gros orteil du pied gauche et à la malléole correspondante. Depuis trois semaines, cette douleur revenait plusieurs fois la nuit, était toujours précédée d'une sensation de froid, et durait environ une heure et demie. Le jour il y avait toujours aussi de quatre à cinq attaques, également annoncées par du froid : mais la chaleur et des frictions les dissipaient promptement. Quand la maladie débuta, l'orteil devint froid, comme engourdi, et bientôt apparut la douleur. Tout le membre correspondant était plus petit que celui du côté opposé. Je désespérai d'abord de trouver la cause de ces symptômes, ne découvrant aucune trace de maladie, et le malade ne pouvant me fournir aucun renseignement. Cependant, en examinant une seconde fois la partie, je crus reconnaître un léger épaississement d'un des angles de l'ongle, et, en exerçant dessus une légère pression, je renouvelai immédiatement la douleur. Je coupai cette portion de l'ongle, dont une pointe pénétrait dans les chairs. Cette petite opération fut très-douloureuse. La nuit suivante fut bonne, et le malade ressentit à peine pendant le jour une légère douleur, que la pression même de l'orteil ne rappela pas. Bientôt cette douleur disparut complètement ; mais c'est à peine si au bout de deux ans le membre avait recouvré son volume et sa force naturels, et depuis il a toujours besoin d'être réchauffé.

L'auteur rapporte encore le cas intéressant d'un homme qui mourut subitement après s'être plaint pendant long-temps d'une vive douleur dans la jambe gauche. A l'autopsie, on trouva un kyste développé au côté gauche de la colonne vertébrale, qui avait écarté les fibres du muscle grand psoas, et comprimait l'origine du nerf crural antérieur. C'est à peu près l'histoire de toutes ces névralgies anciennes et rebelles à toute médication rationnelle ou empirique.

Le dixième chapitre est entièrement consacré à l'histoire

d'une maladie des nerfs vagues, et comme de pareils faits sont fort rares, nous croyons bien faire en donnant ici une assez longue analyse des faits observés par M. Swan.

M. Deacon, de Waddington, âgé de vingt-sept ans, était depuis douze années sujet à la goutte. Depuis quelque temps surtout il en avait des attaques très-fortes, aussi les articulations des doigts étaient-elles déformées. Il prit long-temps sans succès l'eau médicinale et le remède du docteur Wilson. Depuis sept ans les fonctions de son estomac étaient souvent troublées, et, pendant les huit derniers mois, il eut presque constamment un très-grand appétit qu'il ne pouvait jamais satisfaire, et, quelle que fût la quantité d'alimens qu'il ingérât, il n'éprouvait aucune sensation de plénitude. Au mois de juin 1820, il ressentit une violente douleur à l'estomac, après avoir fait un copieux dîner. Il prit un émétique, qui lui fit rejeter une grande quantité d'alimens qui n'offraient même pas un commencement de digestion, bien que déjà quatre heures se fussent écoulées depuis son repas. Au mois de novembre suivant, il commença à éprouver de la difficulté à respirer, qui ne cessait que quand il avait la goutte, ou qu'il faisait usage du vin de colchique. Quand cette dyspnée était très-forte, il faisait entendre un fort sifflement, comme si la glotte eût été resserrée. Dans l'été de 1821, il en eut encore une attaque très-forte; mais bientôt cette dyspnée devint continuelle, et persista jusqu'à la mort. Jamais il n'éprouva de douleur dans la poitrine. Son appétit fut toujours insatiable, et son estomac *insensible*. L'émaciation devint de plus en plus grande. Dix jours avant sa mort, il fut saigné du bras, ce qui diminua un peu la dyspnée; le sang (en ce moment les doigts étaient goutteux) se couvrit d'une couenne inflammatoire épaisse; mais le lendemain le malade se trouva si fatigué qu'il put à peine rester sur sa chaise : il fut aussi pris d'une toux fatigante. Comme rien ne le soulageait, et que les symptômes qu'il présentait avaient quelque rapport avec ceux qu'offrent les animaux auxquels on a fait la section des nerfs vagues, on le soumit au galvanisme. Il crut en éprouver du soulagement les deux premières fois. Plus tard, c'est-à-dire quelque temps avant sa mort, il fut pris d'une dyspnée tellement intense, et il paraissait si épuisé, qu'on eut encore recours au galvanisme Après dix minutes de son emploi, le sifflement que le malade faisait entendre disparut, et sa respiration devint si facile, après une demi-heure de l'action de l'électricité, qu'il put pendant plusieurs heures jouir d'un sommeil calme, ce qui ne lui était pas arrivé depuis long-

temps. Le jour suivant, nouvel emploi du galvanisme, nouveau soulagement, mais qui ne fut que de courte durée, car la dyspnée devint de plus en plus graude, et M. D. succomba le 22 septembre.

L'ensemble des symptômes présentés par le malade, dit M. Swan, me fit croire à une affection des nerfs vagues, et je pensai que sa faim insatiable, l'absence de toute sensation de plénitude, même après avoir ingéré une grande quantité d'aliments, la dyspnée, et le sifflement qui se passait dans le larynx, étaient le résultat d'un trouble et d'une diminution dans l'influx nerveux. Comme pendant la vie il ne s'offrit aucun symptôme marqué d'hydrothorax, et qu'à l'autopsie je trouvai de la sérosité épanchée dans le thorax, je suis porté à croire que cet épanchement ne se fit que peu de temps avant la mort, et qu'il fut le résultat de la gêne de la circulation du sang à travers les poumons.

Autopsie. A l'ouverture de l'abdomen, tous les organes parurent sains. A l'extérieur, l'estomac présentait un grand nombre de vaisseaux gorgés de sang; mais la surface interne n'avait rien de particulier. Il existait beaucoup de graisse dans la poitrine; le cœur était augmenté de volume et couvert de graisse. Chaque côté de la poitrine contenait environ deux pintes d'un liquide foncé en couleur; les poumons n'étaient point affaissés et paraissaient sains. Examinés le long du cou, les nerfs vagues étaient mous, plus petits que dans l'état ordinaire, et donnaient une odeur semblable à celle fournie par des nerfs qu'on a extraits d'un corps déjà putréfié, après les avoir laissés macérer dans l'eau. Les rameaux qui se distribuent aux poumons étaient dans leur état normal, aussi bien que la portion inférieure des deux troncs, du moins jusque vers la fin de l'œsophage, où ils étaient plus rouges et plus gros, et n'offraient plus leur aspect naturel. Celui du côté gauche était plus petit que celui du côté droit.

Ce fait, qui sans doute aurait nécessité quelques détails anatomiques plus précis, pourra être utilisé plus tard, et, dès-à-présent, il doit faire sentir la nécessité d'un examen attentif des nerfs vagues dans beaucoup de cas de trouble des fonctions du cœur, des poumons et de l'estomac, dont les lésions observées après la mort ne peuvent rendre compte.

Le onzième chapitre est consacré à relater des expériences nombreuses sur la manière dont s'opère la réunion des nerfs

divisés et réséqués. Bien que ces expériences laissent encore la question au même point où l'a trouvée M. Swan, et qu'elles n'ajoutent rien à celles de Cruikshank et de Haigton, nous ferons cependant connaître les résultats auxquels il est arrivé. Il est à regretter seulement que l'expérimentateur anglais n'ait pas cherché à vérifier ce qu'a avancé Meyer, qui dit avoir découvert, à l'aide de l'acide nitrique, de la substance médullaire dans les cicatrices nerveuses.

Des expérimentations de M. Swan, il résulte :

1°. Après la division du nerf, (et c'est presque toujours sur les nerfs sciatiques et vagues que l'auteur a expérimenté), ses extrémités s'écartent, se gonflent, et deviennent plus vasculaires, surtout celle de la portion supérieure ; entre elles s'épanche une lymphe plastique, qui a assez l'apparence du blanc d'œuf, et qui ne tarde pas à présenter quelques vaisseaux. Ces cordons de lymphe, qui naissent de chaque extrémité, se rapprochent de plus en plus, sont réunis au bout de peu de jours, et les vaisseaux sanguins de l'une s'anastomosent avec ceux de l'autre. Cette lymphe prend une consistance de plus en plus ferme, le nombre de ses vaisseaux diminue, et elle se resserre, comme toutes les autres cicatrices, de manière à rapprocher incessamment les bouts du nerf divisé. Il est difficile de déterminer au juste le temps au bout duquel un nerf ainsi divisé peut recouvrer ses fonctions. J'ai vu, dit M. Swan, un lapin auquel j'avais divisé le nerf sciatique, se servir assez bien de son membre au bout de huit semaines; toutefois à la fin de la dix-huitième cette partie n'avait pas encore recouvré l'exercice libre et entier de ses fonctions. Le plus souvent la réunion des nerfs divisés s'opère, comme nous venons de le dire, au moyen de cette lymphe plastique ; cependant dans plusieurs cas elle s'est faite au moyen de *granulations*.

2°. La cicatrisation des piqûres et des divisions incomplètes des troncs nerveux s'opère de la même manière que quand il sont complétement coupés. De plus, même au moment où

ces blessures sont faites, les fonctions du nerf ne sont que très-légèrement influencées.

3°. C'est encore de la même manière que la nature procède pour opérer la réunion d'un nerf dont une portion plus ou moins considérable a été réséquée ; mais alors chaque extrémité présente une apparence telle qu'il est difficile de supposer que là le nerf puisse jamais revenir à son volume premier, ni remplir ses fonctions aussi parfaitement qu'auparavant. C'est du moins ce qui semble résulter des expériences de notre auteur.

Mais bien qu'une portion étendue d'un nerf puisse rarement se régénérer, cependant dans quelques cas fort rares, il est vrai, des nerfs se forment de toute pièce (de la même manière que Parry a vu se former de nouveaux vaisseaux artériels), et rétablissent ainsi la communication entre le cerveau et les parties d'où ils naissent. C'est ce que prouve une expérience de M. Swan, qui a fait représenter la pièce anatomique.

Un demi-pouce du nerf sciatique fut réséqué sur un lapin le 16 juillet, et l'animal fut sacrifié le 22 novembre suivant. Les extrémités du nerf réséqué étaient écartées l'une de l'autre d'environ deux tiers de pouce. Plusieurs petites branches naissaient du bout supérieur, parmi lesquelles il s'en trouvait trois de fort remarquables. L'une descendait dans la même direction que le nerf, et gagnait le côté externe du talon qui était plus large que d'ordinaire ; des deux autres, l'un se rendait au nerf poplité, et l'autre au nerf péronien.

Ce fait est fort curieux et nous n'en connaissons pas d'analogue.

Dans le douzième chapitre, l'auteur relate quelques observations de maladies des membranes de la moelle épinière ; mais qui n'offrent rien d'assez saillant pour être rapportées ici. Ce sont simplement des matériaux qui pourront être utiles à ceux qui s'occuperont plus tard de ce sujet. Dans un cas, il s'agit d'un enfant âgé de huit ans, mort dans des convul-

sions tétaniques ; et dans un autre, d'un épileptique : chez les deux, la dure-mère spinale présentait des plaques cartilagineuses.

Les maladies de la moelle épinière font le sujet du treizième chapitre, qui ne se compose aussi que d'observations. Dans la première, il s'agit d'une fracture de la colonne vertébrale, au niveau de la seconde vertèbre dorsale, résultat d'une chute d'un arbre. Outre les symptômes ordinaires, il y eut une dyspnée considérable et des vomissements continuels et très-douloureux. Les autres observations sont relatives à des commotions de la moelle épinière et à des fractures de la colonne vertébrale dont quelques unes se sont terminées heureusement.

Dans le quatorzième, l'auteur s'occupe des maladies des nerfs des sens, et d'abord des nerfs olfactifs. Nous ne trouvons à noter dans cet article que le fait suivant :

Un homme, d'une trentaine d'années environ, se plaignait depuis plusieurs jours d'une violente douleur dans le côtédroit de la tête, surtout vers le côté droit de l'apophyse *crista galli*. Autant qu'il fut possible de s'en assurer par les plaintes du malade, il avait entièrement perdu le sens de l'odorat de ce côté, tandis que la narine gauche l'avait conservé. Il fut saigné du bras, eut des sangsues à la tempe, fut purgé plusieurs fois, et soumis à un régime rafraîchissant. Sous l'influence de ces moyens, l'odorat redevint aussi bon qu'auparavant.

Nous rappellerons ici que Morgagni (1) a rapporté un cas analogue, mais qui se termina par la mort. A l'autopsie, on trouva la portion du cerveau qui répond au côté droit de l'apophyse *crista galli* très-endurcie.

Dans le quinzième chapitre, l'auteur s'occupe des maladies du nerf sympathique, et rapporte d'abord une observation

(1) *Epist.* IX, *cap.* 25.

fort détaillée dans laquelle une portion de ce nerf fut détruite, sans que la santé générale en eût souffert. De ce fait et de quelques expériences, l'auteur conclut, comme on l'avait déjà fait avant lui, que chaque ganglion a une influence toute locale.

Mais ce qu'il nous importe le plus de noter dans le travail de M. Swan, c'est qu'il fait jouer aux nerfs ganglionnaires une action très-grande dans la production de ces troubles généraux qui sont la suite de tout accident grave. Selon lui, toutes les fois que dans ces cas il survient une irritation générale, une altération plus ou moins profonde de toute l'économie, il y a d'abord irritation du nerf sympathique, et par suite trouble des fonctions des organes auxquels il fournit des filets nerveux. Pour soutenir cette opinion, l'auteur s'appuie sur des expériences, et, ce qui est plus probant, sur des faits pathologiques. Parmi ceux qu'il rapporte, nous choisissons les suivants :

Le 11 janvier, à dix heures du matin, un morceau de.... (gamboge), pesant 76 grains, fut introduit dans une plaie faite entre les deux épaules d'un fort chien. Bientôt après, l'animal parut beaucoup souffrir. Le soir, il but beaucoup d'eau, et la vomit presque aussitôt; il eut plusieurs selles dans la nuit. Le 12, à sept heures du matin, il est étendu comme s'il était mort : cependant il remue de temps en temps, hurle quelquefois, et, bientôt après, il tombe dans un état de stupeur. Bientôt il fut pris d'un spasme violent de tous les muscles du corps, qui dura environ une minute; il vomit au même moment, et mourut à environ onze heures.

Autopsie. Tous les ganglions du nerf sympathique étaient fortement enflammés. La pie-mère paraissait plus vasculaire, mais les autres membranes du cerveau étaient dans leur état normal. La substance cérébrale était saine, et une très-petite quantité de sérosité était épanchée à la base du cerveau. La moelle épinière et ses membranes étaient saines. Les nerfs axillaires et la paire vague étaient plns vasculaires qu'à l'ordinaire. Dans l'abdomen, tous les viscères étaient sains, excepté la rate et le foie, qui étaient enflammés. L'estomac contenait, à moitié digérés, les aliments que l'animal avait pris peu de temps avant l'expérience; sa membrane

interne, près du pylore, était très-rouge ; dans le reste de son étendue existaient de nombreuses taches brunes, qui semblaient formées par du sang coagulé, au-dessous duquel il existait des ulcérations ; la muqueuse des intestins était également rouge et ulcérée ; les organes thoraciques étaient sains.

Susanne Graham, âgée de sept ans, fut brûlée par ses habits, le 20 août à midi. Les cuisses, les bras et le dos furent les parties brûlées, et très-profondément dans certains endroits. La peau de l'abdomen fut épargnée. La malade ne paraissait pas souffrir beaucoup. Des embrocations adoucissantes furent faites. Le 21, elle se plaignit de douleurs dans le ventre, et vomit plusieurs fois ; elle délirait un peu, était froide ; le pouls n'était perceptible ni à l'un ni à l'autre bras : le soir, il était un peu perceptible, mais il était très-petit et très-mou. Les pupilles étaient dilatées, et ne se contractaient point à la lumière. La mort eut lieu le 22.

Autopsie. Les poumons étaient d'une couleur foncée et gorgés de sang ; le péricarde contenait un peu de sang ; l'épiploon présentait, dans quelques endroits, de la rougeur ; mais le péritoine paraissait sain. Le foie était partout pâle, mais principalement à la face inférieure ; la muqueuse de l'estomac présentait quelques traces de rougeur ; six pouces environ de jéjunum étaient fortement enflammés. Tous les ganglions pectoraux du nerf sympathique étaient très-vasculaires ; du côté droit le ganglion semi-lunaire et tous les autres ganglions abdominaux présentaient le même aspect ; à gauche le ganglion semi-lunaire gauche était injecté. Les nerfs des plexus axillaires, le nerf sciatique et le crural antérieur étaient à l'état normal.

D'après ces faits et d'autres analogues, l'auteur pense que toutes les fois qu'à la suite de quelque accident, il survient une irritation générale, ou, si l'on veut, un trouble général de l'économie, les ganglions du nerf sympathique ont été primitivement irrités, et que de là découle le trouble des fonctions des organes auxquels ils se distribuent. Ceci arrive même à la suite de blessures légères, quand la constitution de l'individu est fort irritable, qu'il s'expose au froid, ou à toute autre cause de maladie. Un cas de fracture du col du fémur, chez une personne âgée, suivie d'accidents généraux fort

graves et de la mort, prouve cette assertion ; ici encore les ganglions sémi-lunaires et les rameaux qu'ils fournissent étaient fortement enflammés.

Pour soutenir son opinion, l'auteur s'appuie encore sur des cas en quelque sorte négatifs, c'est-à-dire sur des observations de blessures graves qui entraînèrent la mort, au bout d'un temps plus ou moins long, sans produire de trouble général dans l'économie, et dans lesquelles les nerfs ganglionnaires disséqués avec le plus grand soin n'ont pas présenté la plus légère rougeur.

Dans le chapitre seizième et dernier, l'auteur parle du tétanos. Il y a quelques années, M. Lasserre, dans un mémoire sur cette maladie, inséré dans les *Annales de la doctrine physiologique* (1), disait que, bien que la science possédât des cas de tétanos dans lesquels la moelle épinière n'avait présenté aucune lésion, il regardait cependant l'irritation de ce prolongement nerveux comme la cause de la maladie, et qu'en outre il pensait que le grand sympathique participe quelquefois à l'affection de la moelle. M. Swan va plus loin que le médecin français, et il dit avoir été conduit par des faits et des expériences à penser que lorsqu'une blessure grave a été reçue, les ganglions du nerf sympathique s'irritent d'abord, et que cette irritation se propage ensuite aux nerfs cérébraux et à ceux de la moelle épinière ; de là les spasmes tétaniques, qui varient selon la portion la plus irritée du nerf sympathique et les autres portions du système nerveux influencées par cette même irritation.

Pour soutenir cette opinion, que le tétanos a son point de départ, sinon son siége essentiel, dans les ganglions du nerf trisplanchnique, l'auteur s'appuie d'abord sur des observations de Lobstein et de M. Andral, et sur les siennes propres. Dans l'observation de Lobstein (1), il s'agit d'un homme âgé

---

(1) T. XI, p. 175.

(2) *De nervi sympathetici humani fabrica, usu et morbis*, p. 152.

de 47 ans qui, au bout de deux jours, succomba au trismus et à l'opisthotonos, suite d'une opération chirurgicale. A l'autopsie on ne trouva rien qu'un réseau vasculaire rempli de sang à la surface de la moelle épinière, et une inflammation bien caractérisée du ganglion semi-lunaire. Dans les observations du professeur Andral, il s'agit de deux hommes qui, dans les derniers jours d'une fièvre ataxo-adynamique présentèrent le trismus et une raideur tétanique des membranes thoraciques; les ganglions semi-lunaires étaient d'une rougeur remarquable. Nous ajouterons que M. Aronssohn a également rencontré un état inflammatoire très-prononcé des ganglions semi-lunaires dans un cas de tétanos.

Bien qu'aujourd'hui les meilleurs esprits s'accordent à considérer le tétanos comme un des effets de la myélite, opinion que nous partageons d'après un fait fort curieux que nous avons recueilli, et que nous confierons à ce journal, en le rapprochant de plus de soixante cas analogues, nous croyons devoir faire connaître ici les observations et les expériences sur lesquelles M. Swan fonde sa manière de voir,

Dans une expérience qu'il a faite sur une forte chienne, à laquelle il fit prendre, plusieurs jours de suite, de l'extrait de noix vomique, et qui périt dans des convulsions tétaniques, il vit que les ganglions du nerf sympathique et particuliérement ceux du côté droit, étaient extrêmement rouges. Les ganglions après avoir macéré pendant quarante-sept heures dans l'eau froide, n'avaient rien perdu de leur rougeur. La pie-mère du cerveau et de la moelle épinière était également injectée, mais la substance de ces deux centres nerveux avait sa consistance naturelle.

Il rapporte ensuite le cas suivant :

« Richard Barton, âgé de trente-sept ans, d'une bonne constitution, se piqua, avec une pointe, l'articulation du premier os mé-

(1) *Clinique médicale*. 1re édition. T I, p. 419.

tacarpien avec la première phalange du petit doigt. Je le vis le 10 mai, trois semaines environ après son accident; alors la main était un peu enflée, et la blessure peu douloureuse. Vers le sixième jour, il commença à éprouver un peu de gêne dans la figure; bientôt survinrent le trismus et l'épisthotonos. A ma visite les spasmes tétaniques étaient moins forts; il pouvait ouvrir la bouche; son pouls était naturel, le ventre libre, et la langue ne présentait rien de particulier. Il prit une demi-once d'essence de térébenthine en deux fois, et, comme il parut mieux, on ordonna pour le lendemain une dose pareille; il prit en outre, toutes les quatre heures, deux grains de calomel et un grain d'opium.

Le 10, au matin, il parut mieux; mais, le soir, son état empira. Le doigt fut amputé au milieu de l'os du métacarpe, et cette opération fut suivie d'une abondante hémorrhagie.

Le 11, son état était plus alarmant encore: la fièvre était très-forte, et les spasmes tétaniques très-violents.

Le 12, quand je le vis, il parut presque épuisé, et, en effet, il mourut peu de temps après ma visite.

Autopsie, seize heures après la mort. Le canal vertébral étant ouvert dans toute sa longueur, la dure-mère spinale fut incisée; elle contenait une petite quantité de sérosité, et était, dans quelques endroits, adhérente à l'arachnoïde, qui présentait çà et là quelques petites plaques cartilagineuses. Les vaisseaux de la première étaient remplis de sang. La moelle épinière fut incisée dans un grand nombre d'endroits, et parut saine partout; seulement, au commencement de la portion dorsale, il existait, au centre de la substance, une tache de sang coagulé, du volume d'une tête d'épingle; les ganglions des nerfs spinaux examinés avec soin ne présentèrent aucune altération.

Il y avait dans le crâne un léger épanchement de sérosité; les veines du cerveau étaient gorgées de sang; mais du reste cet organe ne présentait aucune trace de désordre.

Les poumons étaient d'une couleur foncée, très-dilatés et gorgés d'une grande quantité de sang. Le péricarde qui recouvre le cœur et l'aorte à sa naissance présentaient chacun une fausse membrane. La membrane muqueuse de l'estomac était fortement injectée, surtout vers l'orifice cardiaque. Rien d'anormal dans les intestins; la muqueuse vésicale était rouge; tous les autres viscères abdominaux sains.

Du sang était épanché entre les fibres du muscle psoas; les nerfs vagues étaient sains le long du cou; mais, vers le sommet du poumon, celui du côté droit était très-vasculaire, ce que ne présentait pas celui du côté gauche.

Les ganglions pectoraux du nerf grand sympathique et le ganglion semi-lunaire étaient très-rouges et hypertrophiés ; ceux de l'abdomen l'étaient aussi, mais à un degré moindre.

Les nerfs du bras et le nerf sciatique examinés avec soin parurent tout-à-fait sains.

Tels sont les faits sur lesquels s'appuie M. Swan, pour placer le point de départ du tétanos dans les ganglions du nerf sympathique : faits qu'il est bon d'enregistrer, parce qu'ils pourront servir à éclairer l'histoire de cette maladie ; et peut-être un jour l'anatomie pathologique démontrera-t-elle que les nerfs ganglionnaires sont aussi souvent enflammés que la moelle épinière, et en même temps qu'elle. Pour notre part, nous regrettons beaucoup de ne point avoir examiné le nerf sympathique, dans le cas qui s'est offert dernièrement à notre observation, et c'est peut-être par ce manque d'investigation complète de tout le système nerveux, qu'il faut expliquer ces cas nombreux de tétanos que possède la science; et dans lesquels les lésions trouvées après la mort ne peuvent expliquer les accidents observés pendant la vie. Espérons que bientôt cette lacune sera comblée, car il suffit de l'avoir signalée, pour ainsi dire, pour la voir disparaître.

Considérations sur le traitement des maladies syphilitiques, par M. LESAUVAGE, *professeur à l'Ecole de Médecine de Caen, chirurgien en chef des hôpitaux de cette ville, etc.* (1).

Parmi les théories dont la médecine physiologique a tenté

(1) La théorie et la thérapeutique des maladies syphilitiques sont encore le sujet de trop de discussions, pour que les rédacteurs des *Archives* n'accueillent pas les travaux qui leur sont adressés sur cette matière, à quelque doctrine qu'ils appartiennent, lorsque des observations positives les accompagnent. C'est ce qui nous a fait admettre le Mémoire de M. Lesauvage, dans lequel, à côté de théories sans doute contestables, à côté d'opinions qui demanderaient à être appuyées sur un plus grand nombre de preuves ou sur un examen plus approfondi des opinions contradictoires, se trouvent des faits et des considérations qui commandent l'attention. (*Note du Rédacteur.*)

d'ébranler les fondements, nulle peut-être n'a trouvé les esprits moins disposés à étudier et à bien comprendre la valeur des modifications qu'elle devait en éprouver, que celle des maladies syphilitiques. Descendue à la portée de toutes les intelligences par une apparente simplicité qui, à vrai dire, n'était assez souvent qu'une aveugle routine, cette théorie était regardée comme un point de doctrine tout-à-fait inaccessible aux controverses.

On semblait avoir oublié que, dès les temps anciens et à toutes les époques, les praticiens les plus recommandables avaient multiplié les observations pour faire ressortir les dangers, ou au moins l'inutilité du médicament appelé *spécifique* par excellence. La conviction de la nécessité était un dogme, et quand il était pris en flagrant délit d'insuffisance, ou que l'exaspération des accidents venait déposer contre sa réputation, un seul mot suffisait pour le venger d'un doute injurieux, *c'est qu'il a été mal administré*, expression commode, que souvent le médecin imberbe n'épargnait pas au praticien le plus consommé. Ou bien, comme la méthode de chaque médecin était infaillible, *c'était incontestablement la faute du malade*, et rien ne devait résister à une logique aussi expéditive. Cependant beaucoup de praticiens, parmi ceux même qui n'ont pas cru devoir embrasser les idées modernes, sont convenus de bonne foi que toute cette mystérieuse théorie venait aboutir à deux seuls mots : *Maladie vénérienne, mercure.*

Certaines passions, l'ignorance, la paresseuse routine, etc., ont dû jouer leur rôle accoutumé dans le grand débat soulevé par les principes nouveaux. Il était plus facile de les critiquer que de les soumettre à l'observation, et surtout d'en bien comprendre toute la portée ; de là cette opposition si souvent aveugle, opiniâtre, haineuse avec laquelle elles ont été accueillies. Il y a déjà plus de soixante ans, Peyrilhe ne disait-il pas, pour motiver sa retenue à exposer les mauvais effets du mercure : *je fâcherais les partisans outrés de ce re-*

mède, *gens exclusifs*, par conséquent intolérants, qu'il importe de ménager lorsqu'on veut vivre en paix (1).

Il appartenait plus particulièrement aux chefs des grands établissements de se livrer à des recherches capables de jetter la lumière dans une discussion qui intéresse à un si haut point l'humanité. C'est à l'étranger, et surtout en Allemagne, que le progrès a été le plus rapide. En France, les praticiens des hôpitaux sont à peu près restés divisés en deux classes, l'une composée de ceux qui ont consciencieusement expérimenté et qui ont embrassé les idées nouvelles, l'autre de ceux qui ont persisté dans leur ancienne pratique, en protestant, sans connaissance de cause, contre toute innovation.

Dans un moment où une résistance assez puissante est encore opposée au triomphe des idées modernes, quand l'insouciance laisse encore tant de médecins errer dans une sorte d'incertitude; lorsque quelques auteurs dont les écrits semblent respirer une conviction complète, font cependant des concessions plus préjudiciables peut-être à l'avancement de la science que ne le serait une directe opposition, il faut quelque courage pour essayer de faire peser dans la balance tout le poids d'une masse d'observations, et, si je m'y résous, c'est parce que je les crois capables de produire une entière conviction chez les esprits non prévenus et disposés à aborder de bonne foi les moyens de parvenir à la vérité.

Nommé, il y a 7 ans, chef du service chirurgical de l'hôpital civil et militaire de Caen, je n'ai cessé depuis cette époque d'interroger chaque jour l'expérience, et ses résultats ont constamment justifié toute la supériorité du traitement exclusivement antiphlogistique sur cette pratique toute de routine, et de si fréquente déception, que j'avais suivie depuis vingt ans.

---

(1) *Mal. vénér.*, in-8, p. 157, 9e édit.

Mon expérimentation a eu constamment lieu en présence de plusieurs jeunes médecins, et surtout des élèves de l'École, auxquels ne pouvait échapper la moindre particularité; et, malgré une opiniâtre opposition, qui leur était suggérée par d'incessantes insinuations, ils sont enfin restés bien convaincus de toute la valeur des propositions suivantes :

1°. L'intervention d'un virus spécifique n'est nullement nécessaire pour l'explication des phénomènes caractéristiques des maladies vénériennes.

2° Ces maladies sont la conséquence de la propriété des membranes muqueuses enflammées de communiquer leur inflammation à celles qui se trouvent en contact avec elles.

3°. Toutes les membranes muqueuses jouissent de cette propriété; mais elle est exagérée dans les organes génitaux, par une sensibilité spéciale, qui est facilement et quelquefois énergiquement modifiée par leurs rapports sympathiques avec d'autres organes à excitabilité variable, et par l'état d'orgasme dans lequel ils se trouvent au moment du contact.

4°. La vaginite et l'utérite chronique, constitutionnelles en quelque sorte chez les filles publiques, et continuellement exaspérées par un état permanent de débauche, sont le plus ordinairement la cause des accidents qui apparaissent chez l'homme : chez les autres femmes, cette disposition des membranes vaginale et utérine peut résulter d'une communication plus ou moins récente, quoique cette circonstance ne soit point nécessaire pour qu'il s'y développe une irritation susceptible d'être communiquée.

5°. Les accidents vénériens primitifs, urétrite, ulcérations, végétations et bubons, guérissent facilement et promptement par les seuls moyens antiphlogistiques méthodiquement employés; et les récidives, toujours infiniment rares, proviennent ordinairement des excès prématurés d'exercice et de régime.

6°. Les maladies essentiellement consécutives se déclarent toujours à la suite d'un ou plusieurs traitements mercuriels, et

l'emploi du mercure sans syphilis préalable peut produire le développement des mêmes affections.

7°. Les accidents consécutifs sont toujours liés à des irritations intérieures préexistantes, ou développées par le traitement; et ces irritations influent puissamment sur leur développement, leur marche et la difficulté de les guérir; cependant ils peuvent complètement céder au traitement antiphlogistique.

8°. Le mercure n'exerce aucune action spécifique sur les accidents vénériens, et tous ils peuvent définitivement disparaître sans qu'on ait recours à ce médicament.

9°. Dans l'état actuel de la science, le traitement mercuriel ne peut donner une garantie suffisante contre les récidives et les maladies consécutives, et aucun praticien ne peut prévoir à l'avance dans quelle circonstance, sous quelle forme, et dans quelles proportions l'emploi du mercure pourra produire ou ne point déterminer les accidents consécutifs, ainsi que les irritations intérieures qu'il fait naître ou qu'il exaspère si fréquemment. L'usage du médicament expose donc le malade à ces accidents souvent très graves, et qui peuvent devenir incurables : conséquemment il doit être entièrement proscrit.

Le seul fait de la disparition complète et sans retour des accidents vénériens, primitifs et consécutifs, par le traitement antiphlogistique, doit suffire pour faire nier l'existence d'un prétendu virus syphilitique. Destiné à rendre raison de la non-réussite des anciennes méthodes de traitement, si souvent défectueuses, son invention date d'une époque où chaque maladie naissait sous l'influence d'un vice spécial du sang ou des humeurs : et pour beaucoup de médecins n'existe-t-il pas encore ce qu'on appelle un vice dartreux, rhumatismal, scrofuleux, etc., espèces de fatalités contre lesquelles on a inventé tant de décevants spécifiques, tandis que les accidents divers compris sous ces dénominations pourraient plus facilement céder à une thérapeutique déduite des lois mieux comprises de la physiologie.

La propriété dont jouissent les membranes muqueuses en-

flammées de communiquer leur irritation à celles qui sont en contact avec elles, est révélée par trop de faits pour qu'il soit nécessaire d'insister sur ce point. En vain on objecterait que souvent, et surtout dans les grandes villes, on rencontre fréquemment des signes évidents d'une irritation plus ou moins chronique des organes génitaux, sans danger d'infection, et cependant on reconnaitrait qu'elle a lieu quelquefois, s'il n'était plus commode, plus expéditif, de suspecter les déclarations les plus sincères et les plus dignes de confiance. Mais on ne peut établir aucune comparaison avec l'état dans lequel des excès de tout genre mettent continuellement les filles publiques; aussi, chez elles, la muqueuse vaginale est constamment rouge, villeuse, quelquefois fongueuse, dans une grande étendue. L'irritation s'est propagée à la surface utérine, et il est facile d'en juger avec le speculum par le produit qui en est la conséquence, et qui vient s'ajouter à celui que verse abondamment la muqueuse vaginale, et cet état n'est pas seulement entretenu, activé sans cesse par la fréquence de la cohabitation, il est encore alimenté par les débauches en tout genre auxquelles sont livrées ces filles. Aussi vous trouverez l'ensemble de ces caractères d'autant plus exprimé et conséquemment plus capable de produire l'infection, qu'elles sont placées plus près des dernières limites de la dépravation.

La guérison assez prompte et définitive des accidents primitifs, sans emploi du mercure, est un fait devenu de la dernière évidence pour les praticiens qui ont bien compris l'application du traitement antiphlogistique, et qui se sont surtout attachés à éloigner toute influence de réaction sur le siége des accidents, par les saignées répétées, les bains, et surtout par un régime sévère. Ces résultats obtenus dans un grand nombre d'établissements, et que plusieurs praticiens distingués ont déjà fait connaître, je les ai constatés sur plus de 3000 malades, sans qu'un seul fait soit venu déposer contre leur insuffisance. Au reste, ce point est volontiers

concédé par les partisans exclusifs du mercure : ils accordent que les symptômes apparents peuvent disparaître; mais, ils prétendent que les malades restent exposés à toutes les chances des récidives, et, ce qui est bien autrement effrayant, que tout le cortége des accidents consécutifs est constamment suspendu sur leur tête. C'est à ce moment que les faits doivent intervenir pour réduire ces craintes imaginaires à leur juste valeur, et mettre enfin au grand jour les causes qui seules produisent le développement de ces accidents.

D'après un certain nombre de statistiques de maladies vénériennes que j'ai consultées, et quels qu'aient été les modes de traitement, les récidives, ou la reproduction des accidents primitifs après leur apparente guérison, seraient, en général, dans les hôpitaux, plus fréquentes que je ne les ai observées chez mes malades : j'en ai à peine rencontré trois à quatre chaque année, ce qui ne donnerait pas un sur cent. J'ai l'intime persuasion que je dois ces résultats à la sévérité du régime continué pendant tout le traitement, et à la précaution d'assurer les convalescences en m'opposant aux sorties prématurées. Au reste, les partisans du mercure n'ont, dans aucun cas, le droit d'invoquer ces récidives ; car il a été établi qu'elles sont beaucoup plus communes après le traitement mercuriel. Pour citer un cas bien remarquable de récidive, j'emprunterai à la thèse du docteur Lépée (1) l'observation d'un militaire du 41e de ligne, qui avait successivement subi trois traitements mercuriels, à Grenoble, à Rennes et à Brest; chaque fois il avait vu la maladie se reproduire, et il entra à l'hôpital de Caen, le 25 décembre 1832, pour une apparition nouvelle des mêmes accidents (végétations à l'anus), qui cédèrent avec facilité au traitement antiphlogistique. Je ne veux pas prétendre que, pour cette fois, la guérison aura été

---

(1) *Quelques Réflexions sur le Traité des maladies dites syphilitiques*. Paris 1835.

définitive ; car l'expérience a démontré qu'il suffit de l'échauffement par une marche soutenue ou forcée pour reproduire cette forme de la maladie.

Mais c'est sur le terrain des accidents dits consécutifs que se sont montrées les difficultés les plus grandes. Développés en des points plus ou moins éloignés de ceux où l'infection s'était primitivement manifestée, quelquefois peu de temps après la guérison, souvent après de longues périodes, leur apparition était toujours attribuée à un traitement défectueux, incomplet, à la non-destruction du virus, à l'infection générale qui en était la conséquence, etc. De là, la nécessité de recourir à l'emploi du mercure, et avec plus d'activité, afin d'atteindre le virus dans ses derniers retranchements. En vain deux ou trois traitements avaient échoué, il y avait nécessité impérieuse de recommencer. On le voit, c'était pour tous les cas le même raisonnement, réduit à ces deux expressions · *virus, mercure*. Qu'on ne dise pas qu'il y a exagération ; la pratique était cela, rien que cela, et les médecins de mon époque conviendront de bonne foi qu'au temps de nos études, les hommes de haute science n'avaient pas un autre langage, et alors doit-on s'étonner qu'il soit celui des praticiens qui, ne voulant pas du progrès, condamnent sans examen tout ce qui est nouveau, et s'obstinent à fermer les yeux à l'évidence.

L'habitude où sont encore tant de médecins de trouver dans la préexistence d'une affection vénérienne la cause de toute maladie qui peut présenter quelque analogie de forme ou de siége, ou dont ils ne peuvent déterminer la nature, a fait souvent considérer comme accident essentiellement consécutif beaucoup d'altérations qui ne méritaient aucunement cette qualification ; et c'est pour ces cas seulement que les hommes qui ont le moins d'expérience se prononcent avec l'assurance la plus présomptueuse. J'ai vu même les praticiens les plus distingués et les plus expérimentés de la capitale offrir, sous ce rapport, un dissentiment qui donnait toute la mesure de l'incertitude et de toute la difficulté qui règnent encore à

ce sujet dans la science. Et pour en donner un exemple, dernièrement une jeune fille me fut envoyée à l'hôpital par plusieurs médecins distingués d'une ville voisine. Elle était atteinte d'une vaginite peu intense, et il lui était survenu une vaste ulcération à bords enflammés, qui occupait la commissure, ainsi que toute la face buccale de la joue droite, et qui avait été considérée comme une affection consécutive. Toute la bouche était enflammée. L'inflammation avait été beaucoup plus vive du côté droit, et la malade ayant cessé de mâcher de ce côté, il s'était formé à la base des dents une couche épaisse de tartre qui avait déterminé l'inflammation ulcéreuse de toute la portion de membrane muqueuse qui était en contact, altération que j'ai eu occasion de faire remarquer si fréquemment. La cause reconnue, il a suffi du régime, de quelques gargarismes et de petits rouleaux de charpie placés entre les dents et l'ulcération pour que la guérison ait été complète en huit jours. Certainement le nombre des praticiens qui auraient porté un diagnostic dont la conséquence aurait exposé la malade à toutes les chances d'un traitement mercuriel, est encore plus grand qu'on ne voudrait l'avouer.

Depuis sept ans, il est entré à l'hôpital de Caen à peu près cent malades atteints de maladies consécutives. Tous avaient fait un ou plusieurs traitements par le mercure : deux ou trois exceptions s'étaient présentées; mais des recherches ont bientôt fait découvrir le peu de confiance que méritaient les aveux des malades. Ainsi le fait de la préexistence de l'emploi du mercure au développement des accidents consécutifs, a été constamment de la dernière évidence, et je puis emprunter ailleurs des preuves dont sans doute on ne contestera pas la certitude. Le 17 mars 1834, un recensement fut fait aux Capucins, dans le service de M. Cullerier (salle des hommes) : il y existait, en tout, seize individus atteints d'affections consécutives; tous, sans exception, avaient fait un ou plusieurs traitements (1). Je croyais être le premier à mettre

1) *Journal de médecine et de chirurgie pratique.* Avril 1835.

au grand jour ce rapport de préexistence, et, je ne crains pas de le dire, de causalité du traitement mercuriel avec le développement des maladies consécutives; mais je trouve le fait énoncé dans la thèse du Dr. Costallat; il dit, en parlant des accidents consécutifs : *Je ne les ai observés que chez des malades qui avaient fait usage des préparations mercurielles* (1).

Quelque singulière que puisse paraître cette influence du mercure sur la marche des maladies syphilitiques et sur les formes toutes spéciales qu'il leur imprime consécutivement, c'est un fait rendu évident par un assez grand nombre d'observations pour qu'il ne puisse être mis en doute, et quand on parviendrait à mettre en regard quelques exceptions bien caractérisées, elles seraient insuffisantes pour lui faire perdre de sa valeur. La difficulté de se rendre compte du phénomène ne peut être invoquée comme un motif suffisant de le contester. L'on a demandé pourquoi les ouvriers qui emploient le mercure ne sont pas exposés aux mêmes accidents? Pourquoi tous les malades n'en éprouvent pas les mêmes effets? Mais, je le demande, de quelle valeur peut être cette argumentation en présence des faits? Ce qui est demeuré pour moi de la dernière évidence, c'est que les maladies consécutives étaient liées le plus souvent à un état d'irritation des voies digestives, et que le premier moyen de les combattre consiste d'abord à modifier cette complication. Enfin, prouvons par quelques exemples que le mercure peut décider l'apparition d'accidents bien caractérisés sans aucune intervention de syphilis.

Obs. Ire. — *Pharyngite ulcéreuse, amygdalite, etc.* — Alexandre H., âgé de trente-quatre ans, eut des inquiétudes à la suite d'une fréquentation suspecte, quoiqu'il n'éprouvât aucun accident. Continuellement tourmenté pendant six semaines, il s'adressa à un

(1) *Prop. et réfl. sur quelques points de méd. et de chir.* Paris, 1832.

médecin qui lui fit faire quarante frictions mercurielles. Un pharmacien auquel il eut ensuite recours lui administra sept bouteilles de sirop de salsepareille. Enfin un second médecin lui prescrivit trois bouteilles de sirop de cuisinier, et, bien qu'aucun symptôme n'eût apparu, il était fatigué depuis sept à huit mois par ces divers traitements, lorsqu'il se présenta chez moi le 7 juin dernier. Il se plaignait de ressentir à la gorge une chaleur considérable. Le pharynx était uniformément d'un rouge un peu terne. Ses amygdales étaient tuméfiées, et il existait sur le pilier droit du voile du palais une vaste ulcération assez superficielle; dans quelques endroits on y voyait des ulcères plus profonds et à circonférence arrondie; quelques autres se remarquaient sur le voile du palais. Le caractère de ces accidents n'était nullement équivoque; et ils ont cédé en deux mois à une saignée, quatre applications de sangsues, des cataplasmes, etc., et surtout à un régime sévère auquel le malade se soumit exactement.

Obs. II°. — *Exostose sur toute l'étendue des deux tibias, etc.* — M. Lainé, âgé de vingt-six ans, d'une bonne constitution, mais offrant tous les indices d'une irritation gastro-intestinale à médiocre expression, vint du département de l'Orne pour me consulter, le 6 décembre dernier.

Il était à peine âgé de 12 ans, lorsqu'on reconnut qu'il se développait, dans l'abdomen et près de l'aine droite, une tumeur qui devint tellement mobile, qu'on pouvait à volonté la transporter à gauche ou dans d'autres points de la cavité. Cette tumeur n'empêcha pas M. Lainé de servir pendant deux ans, et c'est après être rentré dans ses foyers, qu'il ressentit des douleurs vives dans le rectum, et qu'aidé de plusieurs lavements actifs, il rendit par le fondement la tumeur de l'abdomen. Elle avait le volume du poingt, était noirâtre, assez solide, et semblait formée de plusieurs couches superposées. C'était, à ce qu'il paraîtrait, un bézoard développé dans l'intestin.

Pendant que M. Lainé était à son corps, le chirurgien du régiment lui fit la téméraire proposition de lui enlever sa tumeur; et, sur son refus, il lui conseilla pendant un mois, comme fondantes et résolutives, des frictions mercurielles sur la cuisse droite; en même temps il lui fit prendre une solution mercurielle, en prétendant qu'il était nécessaire que le remède déterminât la salivation. Par suite de cette médication, le malade, qui n'a jamais eu de maladie vénérienne, et ses affirmations sont formelles et dignes

de foi, éprouva les accidents suivants, qui ont commencé à se développer il y a deux ans, plusieurs mois après l'emploi du mercure.

Il ressent dans les membres inférieurs, et spécialement dans le gauche, des douleurs vives avec des contractures brusques en forme de crampes, qui s'expriment plus fortement et plus souvent à la plante des pieds et aux jarrets (1), et alors ces parties sont le siége d'une rigidité très-douloureuse. Il existe sur toute la face antérieure des deux tibias des exostoses très-saillantes et très étendues. Elles deviennent plus particulièrement douloureuses quand le soir il ressent la chaleur du lit, ce qui le porte à placer ses jambes dans des endroits restés froids; et cependant il parvient à calmer ses douleurs en exposant ces membres pendant quelque temps à une chaleur modérée.

On ne dira pas sans doute, que les accidents qui viennent d'être exposés ne rentrent pas dans la classe de ceux pour lesquels les partisans du virus syphylitique préconisent le mercure, et seul cependant, il avait causé leur développement.

Mais, si les accidents consécutifs se présentent presque constamment par suite de l'emploi du mercure, et d'après mon expérience les exceptions ne m'auraient pas été démontrées, dans tous les cas elles seraient fort rares. Si, d'autre part, je puis établir d'après une pratique de plusieurs années, qu'ils ne se montrent jamais à la suite du traitement antiphlogistique méthodiquement employé, quand surtout l'on a tenu compte de toute l'influence des complications; si ensuite je parviens à démontrer, et toujours par les faits, que ces accidents peuvent entièrement disparaître par le même traitement, je ne puis concevoir par quels raisonnements on pourrait essayer d'établir la nécessité d'un médicament qui traîne à sa suite tant de fâcheuses conséquences : l'emploi ne pourrait pas en être légitimé, quand on parviendrait à prouver

(1) Une jeune fille, âgée alors de seize ans, et à laquelle j'avais donné la liqueur de Wan Svieten, il y a huit ans, me disait dernièrement que, depuis celte époque, elle éprouvait souvent des contractions convulsives dans les membres supérieurs.

que, comme la lance d'Achille, il serait doué de la faculté de guérir les maux qu'il fait.

Qu'on ajoute à toutes ces considérations l'étendue de la mortalité qui a lieu dans les hôpitaux où l'on emploie le mercure, et, dans quelques-uns, le chiffre serait beaucoup plus élevé, si on y faisait figurer les malades qui périssent dans les salles de médecine où on les évacue pour des accidents développés par le fait du traitement; et que l'on compare ces résultats, avec ceux que donne le traitement antiphlogistique. Ainsi, depuis 7 ans, et sur plusieurs milliers, je n'ai pas perdu un malade entré à l'hôpital pour maladie vénérienne ; pas un seul n'a été dans le cas d'être réformé, et cependant, quelle que soit la gravité des accidents qui apparaissent dans mon service, et quelque étrangers que ces accidents soient à la maladie, ce qui arrive presque constamment, jamais je n'ai évacué un malade dans le service de médecine.

J'ai insisté sur ce point, que les accidents consécutifs ne se sont jamais montrés après le traitement antiphlogistique ; mais nos antagonistes ont toujours cette précieuse ressource d'objecter que leur conviction ne pourrait être établie qu'après de longues périodes : dix ans leur suffiraient à peine. C'est en vain qu'on leur réplique que souvent ces accidents apparaissent pendant le traitement mercuriel, ou très-peu de temps après : ainsi j'ai vu le sous-officier Chollet, du 12e léger, couvert de pustules sur la tête, la poitrine et les bras, quinze jours après un traitement mercuriel administré à Cherbourg. Son chirurgien major me l'adressait pour lui épargner un second traitement, et je parvins à faire disparaître cette affection consécutive, par le traitement assez actif d'une irritation gastro-intestinale dont il était atteint. Je pourrais multiplier les citations pour des cas de pharyngite ulcéreuse, de végétations à l'anus, etc.

Cependant, après des séjours de quinze, de dix-huit mois, de deux ans même (le 50e de ligne), jamais aucun corps de la

garnison ne m'a renvoyé un seul malade atteint de maladie consécutive, et ce fait a été attesté au moment du départ, par les chirurgiens du 50e, du 51e et du 29e. Comme on l'a vu, le séjour du 50e avait été le plns prolongé. Dans l'intervalle, il était allé faire la campagne de la Vendée, puis il fit partie des troupes du siège d'Anvers, et, non-seulement à son départ définitif il ne m'avait pas renvoyé un seul malade; mais ses chirurgiens major et en second, MM. Astout et Gaffé, m'écrivaient quatre ans après, qu'ils n'avaient remarqué ni récidives ni affections consécutives sur les nombreux malades qui avaient été exclusivement traités dans mon service.

Enfin, il me reste une dernière objection, et, je demanderai si sans passion on pourrait un instant contester toute sa valeur? Aussi chaque fois que je l'ai proposée aux partisans de l'ancien traitement, elle est toujours restée sans réponse.

Nos filles publiques sont soumises tous les 15 jours à une visite qui se fait à l'hôpital, et on arrête celles qui sont atteintes de vaginites, d'ulcérations, de végétations et de bubons; seuls accidents que l'on rencontre le plus souvent, et les deux derniers sont assez rares. Il est constant que depuis 7 ans, elles n'ont pas pris un grain de mercure, et jamais elles n'ont offert depuis cette époque un seul cas d'accident consécutif. Cependant ce sont elles qui infectent nos militaires, et comment concilier la persistance du prétendu virus qui repose en paix depuis si long temps, avec la non-apparition des accidents qu'on lui attribue? Il y a dix-huit mois, trois de ces filles présentèrent presqu'en même temps, deux des exostoses, la troisième de volumineuses végétations. Peu de temps auparavant elles avaient été traitées par le mercure, au Hâvre et à Rouen, et jamais rien de semblable ne s'est montré chez celles qui sont entrées dans mon service, dix fois et plus.

Mon prédécesseur, le professeur Dominel, instruit par

l'expérience, manifestait souvent son opinion sur les mauvais effets du mercure ; cependant, il le donnait encore, mais à bien faible dose : eh bien ! malgré cette heureuse innovation, il m'a légué 12 à 15 de ces malheureuses affectées d'exostoses, de vastes et hideuses ulcérations, etc., etc. Le plus grand nombre a péri misérablement. Deux restent encore, les nommées Levavasseur et Leboussonnier, et elles sont continuellement tourmentées à la tête et aux membres de douleurs ostéocopes et d'exostoses énormes qui ne finiront qu'avec leur misérable vie.

Les preuves que j'ai exposées dans ce Mémoire en faveur d'une théorie qui assure tant d'heureux résultats, me paraissent offrir les conditions convenables pour entraîner la conviction des praticiens qui les péseront avec bonne foi ; mais je sais qu'elles seront insuffisantes pour ceux dont l'opposition exprime un renoncement complet à suivre les progrès de la science.

Je terminerai par l'exposition de quelques cas de maladies consécutives évidemment développées sous l'influence du mercure, et traitées avec un succès complet par les moyens antiphlogistiques ; mais auparavant je ferai apprécier par le fait suivant, toute l'influence des irritations gastro-innales sur la marche des accidents primitifs.

OBS. III. — *Deux larges ulcères (chancres) à la base du gland.* — Agnel (Joseph), âgé de vingt-sept ans, caporal au 51e de ligne, entra à l'hôpital de Caen le 15 juin 1834. Il était affecté de deux ulcérations à bords rouges et renversés, qui couvraient toute la base du gland, et reposaient sur un tissu cellulaire tout à fait induré.

Le malade fut saigné, mis au régime et à l'usage de la tisane d'orge ; il prit des bains et fit des lotions. La maladie resta à peu près stationnaire pendant assez long-temps, et je soupçonnai des erreurs de régime. Deux fois on appliqua des sangsues au pourtour de l'induration, et, contre l'ordinaire, il ne survint aucun changement. Le 2 août, il y avait exaspération des accidents. Les ulcères étaient fongueux, évasés, et la tuméfaction de la base s'était

étendue. Alors j'examinai le malade; je le pressai de questions, et je reçus cet aveu, qu'il éprouvait chaque soir un accès de fièvre intermittente, et qu'il l'avait célé pour n'être point privé de ses aliments. La langue était rouge. Le malade avait éprouvé la dysenterie dans les colonies, et son bas-ventre était tout maculé de traces de sangsues et de scarifications.

Il fut mis à une diète sévère : on lui appliqua trente sangsues à l'épigastre; puis on lui donna des demi-lavements, dans lesquels on ajouta, trois jours après, quelques grains de sulfate de quinine; et bientôt la fièvre disparut. Ce qui surprit, ce fut de voir avec quelle rapidité marcha la cicatrisation des ulcères et la résolution du tissu induré sur lequel ils reposaient. Elle fut telle que dix jours après, la cicatrisation était achevée; et Agnel sortit de l'hôpital, le 25 août, parfaitement guéri.

Obs. IV. *Ulcérations dites syphilitiques aux deux bras.*—Le nommé Jouan (François), âgé de vingt-cinq ans, d'une constitution lymphatique, entra, le 20 décembre 1831, à l'hôpital de Caen. Il portait deux ulcères : l'un, de la grandeur d'une pièce de cinq francs, et arrondi, était situé à la partie externe et supérieure du bras droit; l'autre, plus étendu et de même forme, reposait sur le milieu de la face antérieure de l'avant-bras gauche. Ces ulcères étaient caractérisés syphilitiques par leur développement spontané, leur forme et leurs bords coupés à pic et indurés. L'inflammation y était prononcée, et ils étaient très douloureux.

Interrogé sur ses antécédents, Jouan répondit qu'il y avait quinze mois, et peu de jours après son débarquement à Toulon, il avait contracté une gonorrhée pour laquelle il était entré à l'hôpital; que là on lui avait administré vingt-cinq doses de liqueur mercurielle; qu'il en était sorti au bout de six semaines, et que sa guérison paraissait assurée. C'était dix mois après, qu'étant en convalescence chez lui, les deux ulcères s'étaient développés d'abord sous l'apparence de boutons, et, en deux mois, ils avaient acquis l'étendue qu'ils offraient au moment de l'entrée à l'hôpital.

Le malade fut mis au régime et à l'usage des boissons légères. La langue et le pharynx exprimaient les indices d'une irritation gastrique. On couvrit les ulcères de cataplasmes émollients. Ils ne tardèrent pas à éprouver une grande amélioration : en moins d'un mois, celui du bras était guéri, et la cicatrisation s'était faite en grande partie du centre à la circonférence. Bientôt après, le second ulcère prit un mauvais aspect; il redevint enflammé et douloureux. On avait accordé une augmentation d'aliments, et les indices de

gastro-entérite étaient plus exprimés. Le malade fut saigné; puis on lui fit une application de sangsues à l'épigastre. On en revint à la sévérité première du régime. Quelques bains furent ensuite administrés. La cicatrisation du second ulcère fut promptement obtenue avec les mêmes circonstances; et Jouan sortit le 1er mars 1832. Ce militaire avoua que dans ses foyers il avait éprouvé un appétit qui s'était exprimé et avait été satisfait avec beaucoup de désordre; et c'est sans nul doute sous l'influence de la surirritation dont cet appétit rendait l'expression que les accidents consécutifs s'étaient manifestés.

Jouan passa par Caen au mois d'octobre suivant; il entra et resta huit jours à l'hôpital pour un engorgement du testicule, produit deux jours avant par l'effet d'une pression, et nous pûmes nous assurer que la guérison ne s'était pas démentie.

Obs. V. *Carie de la première pièce du sternnm; deux exostoses à la partie inférieure du tibia gauche.* — M. D..., âgé de trente ans, d'une constitution délicate, ancien garde du corps, avait contracté, plusieurs années auparavant, quelques ulcérations pour lesquelles on lui avait administré, à l'hôpital de Saint-Germain, un traitement mercuriel qui avait duré plus de deux mois. Il était loin de penser que sa guérison n'était pas complète, lorsqu'il lui survint un gonflement douloureux qui surmontait le sternum, et enveloppait le tendon du muscle sterno-mastoïdien. Cette altération fut jugée une maladie consécutive, et c'est à ce moment que ce malade vint me consulter (octobre 1835). L'engorgement fit des progrès, et s'étendit sur toute la partie supérieure du sternum; bientôt il abcéda au-dessous de la clavicule droite, et il en résulta une plaie fistuleuse par laquelle fusait un pus rougeâtre. Il devint évident que toute la première pièce du sternum était cariée, et, avec le stylet, on reconnaissait que le fibro-cartilage de la deuxième côte gauche était dénudé dans l'étendue d'un pouce. Le malade était faible, et offrait tous les signes d'une irritation gastro-intestinale à fréquentes exaspérations. Je lui prescrivis un régime sévère, et des boissons légères, limonades ou autres. Sous l'emploi des cataplasmes, l'engorgement diminua, et se circonscrivit à la surface ulcérée. Je fis une incision au bas de la tumeur, afin de faciliter l'écoulement du pus et de faire des injections.

Mais, par l'effet de la fatigue ou d'une entorse, le malade fut atteint d'une hydrarthrose avec engorgement de l'articulation du pied gauche; et, presque en même temps, il apparut sur la surface du tibia deux exostoses très-saillantes, et placées tout près de l'ar-

ticulation malade. Ces derniers accidents forcèrent le malade à garder le lit. Ils furent combattus avec les émollients et les sangsues, dont il fallut multiplier les applications; et le malade, qui s'écartait quelquefois de la sévérité du régime, y fut tenu avec plus de rigueur. Son état général en éprouva bientôt une amélioration sensible : quelques retours de fièvre, qui se manifestaient le soir, disparurent entièrement; et, après un mois de traitement, les exostoses et l'hydrarthrose furent complètement dissipées.

Mais la suppuration de la carie persistait toujours; il n'y avait plus d'engorgement des parties environnantes. Alors je prescrivis des injections résolutives (infusion de sureau avec l'acétate de plomb et l'alcool camphré). Il devint évident que la suppuration diminuait; et bientôt l'amélioration s'exprima de plus en plus, et de telle sorte qu'en peu de temps la cicatrisation fut complète, et, je dois l'avouer, à mon grand étonnement. Le traitement a duré moins de cinq mois. Depuis dix-huit mois M. D... jouit d'une bonne santé, et n'a depuis éprouvé aucune atteinte de sa maladie. Il est facile de reconnaître la grande étendue qu'occupait l'ulcération du sternum à l'adhérence que la peau y a contractée.

J'ai choisi de préférence les observations précédentes, parce que j'ai pu constater que les guérisons avaient été définitives, et il me serait facile d'en grossir le nombre, puisque j'ai habituellement dans les salles de l'hôpital deux ou trois malades atteints d'affections consécutives à l'emploi du mercure. J'ai donné les résultats d'une expérimentation faite publiquement et régulièrement pendant plusieurs années. Ils ont laissé une conviction pleine et entière chez plusieurs médecins qui ont mis beaucoup de zèle à apprécier et à constater les faits, et il m'ont affirmé que dans leurs mains la bonté de la méthode ne s'était pas démentie une seule fois. Enfin, que l'on compare ces résultats avec quelques-uns de ceux que les journaux produisent assez souvent! Que l'on prenne surtout en considération cette mortalité si commune encore, quoi qu'on en dise, dans certains hôpitaux, et à une époque où je ne crains pas de remettre en principe que tout malade qui succombe à une maladie vénérienne meurt victime du traitement. (*occidit qui non servat*). Et pour faire parta-

ger le sentiment pénible que j'ai éprouvé, il me suffirait de citer l'observation envoyée de Toulon, à l'Académie royale de médecine, le 16 février 1836. (*Gazette des hôpitaux*, 18 février 1836), et dans laquelle on voit un malheureux conduit successivement par le traitement mercuriel, à des pustules sur tout le corps, à la chute des cheveux, des sourcils et de la barbe, à des accès épileptiformes, à des contractures des membres, à l'hémiplégie et enfin à la mort.

Sans doute, on ne s'est pas contenté de noter comme un fait nouveau et curieux pour la science, la présence du chlorure de mercure dans le cerveau, et il sera sorti de la discussion qu'a dû nécessairement soulever une si étrange observation, quelques mots d'un enseignement assez puissant pour mettre au jour tout ce qu'a de déplorable une pratique qui pourrait conduire à la reproduction de semblables tableaux.

Observation d'inflammation de la carotide interne avec ramollissement du cerveau; suivie de réflexions sur cette affection; par M. Gely, *docteur médecin, à Nantes.*

Malgré les travaux nombreux dont l'artérite a été le sujet dans ces derniers temps(1), cette affection est cependant encore couverte de beaucoup d'obscurité, soit pour les caractères anatomiques, soit pour les causes, soit enfin pour les effets auxquels elle donne lieu. L'observation suivante ne résoudra certainement pas les questions en litige; mais elle pourra, nous le pensons, être jointe utilement aux matériaux

(1) *Voy.* l'article Artères (altérations pathologiques des), de M. Ph. Bérard, dans le *Dictionnaire de médecine*, 2e édition, et celui du *Compendium de médecine pratique*, de MM. Delaberge et Monneret.

qui serviront à l'histoire de ce point intéressant de pathologie. Nous chercherons dans la discussion dont nous la ferons suivre, à en faire saillir les points importants, et à en rapprocher les données que la science a fournies jusqu'à ce jour.

Héberard, maçon, âgé de 55 ans, reçut, vers le 7 février, sur le sommet de la tête une contusion qui fut suivie d'éblouissement passager. Quelques semaines après, impossibilité de travailler du bras gauche, affaiblissement de la vue, engourdissement général, qui forcent Héberard à suspendre son travail. Une saignée pratiquée par la sœur de Charité amena un soulagement assez marqué pour lui permettre de le reprendre après quelques jours de repos.

Un peu plus tard, à peu près vers le 15 mars, retour de tous les accidents : faiblesse extrême du bras; trouble très-marqué de l'intelligence et de la mémoire ; rêvasseries continuelles pendant la nuit; céphalalgie, maux de cœur ; impossibilité momentanée de se soulever sur ses jambes; évanouissement. Cet état n'est point sensiblement accompagné de fièvre. Le malade, un peu adonné au vin, ne s'en faisait pas faute, non plus que d'aliments solides.

Le malade entra, huit jours après (le 21 mars), à l'hôpital, dans le service de M. Marion, sous les yeux duquel nous avons observé les différents phénomènes qui vont être successivement indiqués.

Assoupissement habituel et profond ; intelligence embarrassée ; réponses vagues et contradictoires ; céphalalgie frontale droite souvent indiquée, paralysie à peu près complète du bras et de la jambe gauche, sans contracture ; pupille droite resserrée ; pouls plein ; délire continu tous les soirs.

Une saignée générale et plusieurs applications de sangsues furent successivement mises en usage pendant les dix ou douze premiers jours. Vers cette époque, il se manifesta une aggravation très-sensible et presque subite dans l'état du malade. Coma profond ; respiration stertoreuse ; la paralysie s'étend au côté de la face, en même temps que la pupille droite jusque-là très-contractée se dilate considérablement. Le malade présentait alors tous les caractères d'un apoplectique : il importe de remarquer en outre qu'à cette époque comme précédemment, ses signes ou ses réponses indiquaient invariablement le côté droit du front comme le siége de la douleur.

Le pouls permettait encore l'emploi des émissions sanguines locales. On y revint à plusieurs fois avec apparence variée de suc-

cès. *A la suite d'une de ces applications, il se manifesta un œdème très-considérable de la conjonctive oculaire, qui disparut au bout de trois ou quatre jours.* (Séton à la nuque.)

Quelques jours plus tard, l'état du malade parut s'améliorer beaucoup; l'intelligence revint en grande partie; les deux pupilles étaient normalement contractées; la céphalalgie frontale fut à peu près dissipée; la respiration calme et naturelle; le pouls redevint aussi normal; mais la paralysie du côté gauche persista jusqu'à la mort.

Celle-ci arriva le 8 mai, sous la double influence de la chute d'une large escharre au sacrum et du dévoiement, et sans aucune exaspération sensible dans la marche de l'affection cérébrale. Cette funeste complication vint promptement détruire les espérances de guérison qu'avaient pu faire concevoir le rétablissement des fonctions cérébrales.

La *nécropsie* fut faite vingt heures après la mort, en présence de MM. les docteurs Marion et Bonamy.

Adhérences bornées de l'arachnoïde au niveau de la partie antérieure du cerveau: cette membrane parut un peu louche; une assez grande quantité de sérosité (plus de 4 onces) s'écoule pendant qu'on enlève le cerveau avec précaution.

En plaçant cet organe sur une table, on observe que l'hémisphère droit, déjà remarquable par une coloration blanche mêlée de jaune serin et d'un brun clair, bien différente de celle que présentait le reste de la masse, on observe, dis-je, que l'hémisphère droit s'affaisse considérablement sur lui-même, spécialement au niveau de sa partie externe et moyenne. Dans plusieurs points de cette région, sa substance était tellement ramollie qu'on la voyait soulever l'arachnoïde comme pour s'échapper quand on imprimait le moindre mouvement au cerveau.

Les vaisseaux sous-arachnoïdiens étaient en général tous affaissés, et à peu près vides de sang. Ceux du côté malade présentaient cependant une exception à cet égard. La pie-mère était un peu rougeâtre, mais d'une teinte livide. La coloration de l'hémisphère droit dépendait exclusivement d'elle.

La substance cérébrale de toute la portion externe et supérieure du lobe moyen, ainsi que celle de la partie contiguë des lobes antérieurs et postérieurs, était complètement ramollie; elle était réellement diffluente dans plusieurs points. La substance blanche et la substance grise participaient également à cette désorganisation qui s'étendait à peu près à toute la portion du cerveau qui répond

aux parois supérieure et externe du ventricule latéral : la membrane qui tapisse cette cavité était en quelque sorte disséquée dans plusieurs points. Par cette fonte du tissu cérébral, la partie externe de la couche optique, et spécialement celle des corps striés, participaient à cette altération. Toute cette substance était d'un blanc grisâtre, à peine teinte d'un rose livide dans quelques points correspondant aux débris de la substance corticale. On trouvait plus rarement encore, au milieu de cette altération, des points moins ramollis et présentant plutôt une sorte de noyau friable, d'une couleur rose, livide, passant au jaune-serin. Ce genre d'altération se trouvait en général au voisinage de quelques branches vasculaires un peu considérables, et de nombreux filaments établissaient ordinairement communication entre ces deux tissus.

Vers la partie inférieure de ce lobe moyen, tout près de la scissure de Sylvius, on observait cette espèce d'induration friable disposée en lignes courbes le long de plusieurs branches assez considérables qu'on reconnut appartenir à l'artère cérébrale moyenne, branche de la carotide interne. Ces artères présentaient une solidité remarquable contrastant avec l'affaissement de la plupart des vaisseaux du cerveau. Cette solidité était due à la présence de caillots fibrineux, rouges, lamelleux, adhérents à la membrane interne de l'artère, et qui en obstruaient complètement la cavité. Ces caillots n'étaient pas partout continus ; quelques points très-bornés de ces branches artérielles en étaient dépourvues ; dans d'autres on trouvait une matière sanieuse, couleur de lie de vin ou purulente. Cette oblitération des tuyaux artériels était facile à constater depuis le point où l'artère carotide se divise, au niveau de la selle turcique, en quatre branches d'inégal volume (cérébrales antér. et moy., choroïd., communiq. antér.), jusque dans les ramifications du second ordre de cette artère cérébrale moyenne. Les trois autres branches ne présentaient rien de semblable à ce qu'on observait dans celle-ci.

Le reste du cerveau était pâle, de consistance ordinaire, et n'offrait rien de remarquable.

Les recherches poursuivies, après vingt-quatre heures de macération par un temps froid, sur le tronc même de la carotide, démontrèrent : 1°. une oblitération complète de ce tronc, depuis l'éperon qui la sépare de la carotide externe jusqu'au point où elle avait été coupée au niveau de la tige pituitaire. Le caillot continu qui la remplissait dans toute son étendue était solide, rouge, fibrineux, composé de feuillets lamelleux, plus minces, plus secs que ceux qui se rencontrent dans les veines. Leur centre est parfois assez mou,

quelquefois pultacé, de consistance de crême et de couleur lie de vin foncé. Ce caillot est *très adhérent* à la membrane interne de l'artère; celle-ci est rouge foncé, surtout dans quelques points; elle est villeuse, et présente de légères rides longitudinales; aucune incrustation calcaire. Les points les plus rouges sont aussi ceux où le caillot adhérait plus solidement. La consistance de cette membrane parut normale, et son épaisseur un peu exagérée. On remarquait en outre, à l'origine de la carotide primitive, 1° un bourrelet papuleux très-rougé, sur lequel le coagulum se terminait brusquement; 2°. une inflexion très marquée du tuyau artériel, située vers le milieu de sa longueur, et représentant par sa forme celle d'un fer à cheval à branches très longues et très rapprochées. Cette espèce de repli avait environ un pouce de longueur, et semblait un appendice tubuleux placé à angle droit sur la face postérieure du vaisseau. Au-dessus et au-dessous de cette portion, qui répondait au lobule de l'oreille, l'artère conservait sa direction verticale; il en résultait un triple changement dans le cours du liquide, opéré dans l'espace de quelques pouces, et d'une façon si brusque qu'il nous semble impossible que la circulation du cerveau n'en ait pas été sensiblement modifiée de ce côté. Il n'existait en effet presque aucun intervalle entre les deux branches horisontales de ce repli anormal.

Les carotides primitives et externes étaient saines et vides; il en était de même de celles de l'autre côté.

L'orbite, examiné avec soin, ne présenta rien de particulier. L'artère ophthalmique était vide et affaissée. La veine était également saine. — Tous les sinus du crâne étaient libres et sanis.

Les autres organes ne furent pas examinés.

La nature de l'affection cérébrale dont Héberard avait été frappé ne pouvait être méconnue ; aussi fut-elle promptement diagnostiquée par le praticien instruit qui lui donnait ses soins.

La douleur de tête si persistante, l'engourdissement progressif du bras et de la jambe gauche, le trouble répété des fonctions intellectuelles, la contraction de la pupille droite, la lenteur du pouls indiquaient suffisamment un ramollissement situé dans l'hémisphère droit du cerveau. La marche de la maladie vint clairement confirmer le diagnostic ; les acci-

dents apoplectiformes que nous avons observés, l'amélioration subite qui les suivit, la mort du malade sous l'influence apparente d'un escharre au sacrum et d'une diarrhée rebelle, après le rétablissement de ses fonctions intellectuelles, sont autant de phénomènes communs dans l'altération qui nous occupe.

Le pouls qu'on trouve ordinairement accéléré et plus rarement ralenti a successivement présenté ces deux caractères avec une sorte de dureté qui autorisait l'emploi des émissions sanguines locales et modérées. Dans les dix ou douze jours il était devenu tout-à-fait normal.

La durée de cette affection, qui fut de 76 jours (dont 46 à l'hôpital), la rapproche de cette variété que M. Andral appelle chronique. Il arrive en effet bien plus souvent qu'elle soit mortelle dans l'espace de 20 à 30 jours.

Un seul symptôme étranger à la maladie principale et tout-à-fait particulier aux lésions du système veineux était cependant venu jetter quelques doutes sur la simplicité apparente de l'affection cérébrale. Nous voulons parler de l'œdème de la conjonctive oculaire, dont l'origine fut diversement interprêtée par les médecins présents. Sa disparition rapide et complète vint mettre un terme à leur embarras, et les laissa persuadés du peu d'importance de ce phénomène accidentel.

Le ramollissement trouvé sur le cadavre explique donc parfaitement les symptômes que nous avons observés : mais la lésion artérielle, si bien caractérisée, qui accompagnait cette première altération, quels symptômes a-t-elle fait naître? quels phénomènes traducteurs a-t-elle développés? aucun, ou plûtôt un seul, sur lequel nous reviendrons plus loin, savoir, l'œdème de la conjonctive oculaire. Cette absence de symptômes plus ou moins caractéristiques concorde, du reste, avec ce qui a été fréquemment observé depuis plusieurs années, et confirme les sages réflexions émises à ce sujet, par

M. Delaberge (1), contrairement aux opinions professées par MM. Broussais, Bouillaud, Roche et Sanson.

Ce ramollissement du cerveau, considéré anatomiquement, était bien l'analogue de celui qui a été si bien décrit par MM. Rostan et Andral. Il ne présentait point cette teinte rougeâtre qui annonce le mélange d'une assez grande proportion de sang et qui doive caractériser l'affection que MM. Lallemand et Bouillaud appellent ramollissement rouge, ou celle que M. Cruveilhier nomme apoplexie capillaire. On n'observe pas non plus cette coloration jaune, louche, qui semble annoncer la présence du pus, et qui constitue le type du ramollissement blanc ou de l'infiltration purulente des mêmes auteurs. Son aspect nous a rappelé les expressions de M. Andral, qui lui sont parfaitement applicables : « En versant un filet d'eau sur cette espèce de bouillie, on la voyait se diviser en plusieurs grumeaux (*souvent retenus par un pédicule vasculaire*) semblables à du lait caillé que sépare un liquide trouble et lactescent.

M. Andral, qui conteste vivement la nature inflammatoire de cette altération pathologique, ajoute, après avoir blâmé l'abus qu'on a fait dans cette discussion de l'analyse physiologique : « Nous aussi, nous pourrions grouper les faits pour démontrer que le ramollissement est susceptible d'être produit par des causes toutes différentes de l'inflammation; ainsi nous trouverions un groupe de faits, d'où il résulterait que l'*oblitération commençante des artères qui se rendent au cerveau est une de ces conditions* ; que l'appauvrissement du sang et son altération sont également capables de déterminer des ramollissements. (1)» Or, cette remarque de M. Andral semble trouver une pleine confirmation dans le fait que nous publions. L'altération concomitante du vaisseau artériel,

(1) *Compendium de méd. prat.* T. I, p. 324.

(1) *Clinique médicale*, 1832. T. V, p. 326-327.

qu'il indique d'une manière si positive, mais malheureusement incidente, se trouve ici portée à son maximum de développement et mérite d'être considérée avec attention sous le rapport du rôle qu'elle a pu jouer au vis-à-vis de l'altération de la substance cérébrale. La mention trop concise de M. Andral permettrait peut-être de demander, si ce qu'il dit de l'oblitération des artères ne s'applique pas plutôt à de simples concrétions osseuses devenues saillantes dans la cavité du vaisseau, qu'à la présence de caillots fibrineux analogues à ceux que nous avons rencontrés. Cet observateur ne s'explique pas à cet égard, mais il faut en même temps reconnaître que la solution de cette question importe moins qu'on ne serait tenté de le croire, le même effet se trouvant nécessairement produit par deux causes différentes, savoir : un obstacle au cours du sang, et un trouble considérable dans la circulation cérébrale. Dans les faits que M. Andral pouvait citer, comme dans celui-ci, l'oblitération est plus ou moins complète ; mais nous sommes en outre forcé de tenir compte d'une circonstance qu'il n'a pas mentionnée: l'inflammation bien évidente des tuniques artérielles pouvait-elle être regardée comme dépourvue de toute influence sur le développement ou la marche ultérieure de la maladie ? Certainement non ; cette inflammation présentait d'ailleurs une étendue et des caractères spéciaux qui ne permettent pas de la méconnaître : la coagulation du sang, l'adhérence et l'organisation du caillot, l'épaississement des parois, la rougeur, la perte du poli, les élevures papuleuses, sont des signes assez évidents de l'existence d'une artérite.

Essayons maintenant de décider quelle est celle de ces deux affections qui joue le rôle de cause, ou quelle influence réciproque chacune d'elle peut avoir exercée sur la marche de l'autre. On peut également penser que la même cause leur a donné naissance simultanément, ou bien que l'une d'elle a primitivement engendré l'autre. L'opinion de M. Andral, précédemment citée, tendrait à faire croire que la lésion arté-

rielle a paru la première. Nous allons chercher dans l'analyse des faits ce qu'il peut y avoir de vrai dans cette hypothèse, par rapport au cas présent.

S'il n'est pas possible de saisir la relation précise de ces deux affections en comparant leurs symptômes, on peut cependant retrouver à l'aide d'un phénomène en apparence secondaire un point de contact évident entre elles. Il est en effet facile de déterminer le moment précis où la carotide fut obstruée sur les côtés du sphénoïde, dans le sinus caverneux. Ce moment correspond nécessairement à celui où nous observâmes l'œdème de la conjonctive oculaire; ce qui s'explique naturellement par l'obstacle que le tronc artériel ainsi solidifié devait apporter à la circulation du sinus caverneux, où se décharge la veine ophthalmique. On sait en effet que la carotide baigne dans ce sinus et doit par conséquent exercer une grande influence sur le passage du sang dans cette cavité, déjà si embarrassée par quatre gros tronc nerveux et des filets fibreux entre-croisés. On conçoit d'ailleurs que cet obstacle n'était pas assez puissant pour s'opposer au rétablissement de la circulation dans l'orbite, qui eut effectivement lieu après quelques jours. Soit que l'inflammation ait marché de bas en haut, soit qu'elle se soit étendue, au contraire, en opposition au cours du sang, il est certain que ce fut à l'époque indiquée qu'elle envahit la portion de la carotide qui cotoie le corps du sphenoïde. Or, bien avant cette époque (un mois environ), les accidents qui démontraient une altération grave du cerveau avaient été constatés. Il semblerait naturel d'en conclure que celle-ci a précédé de plusieurs semaines le développement de la phlégmasie dans le tronc même de l'artère carotide, et par conséquent l'altération cérébrale serait la cause et non l'effet de cette dernière.

Un autre fait découle de ce rapprochement des symptômes, c'est que l'inflammation, ayant commencé dans le cerveau ou *à son voisinage*, a dû marcher le long des parois artérielles, en opposition au cours du sang, jusqu'à l'embouchure dans la ca-

rotide primitive, où elle s'était arrêtée si nettement, que la surface du caillot présentait là une coupe oblique analogue au diaphragme obturateur de certains mollusques à coquilles spiroïde. Toute autre supposition dans la marche de l'inflammation serait encore démentie par deux circonstances bien constatées : la *première*, c'est que les trois autres branches de terminaison de la carotide étaient saines, et qu'il ne paraît pas probable qu'une inflammation suivant dans sa marche le cours du sang les eût épargnées ; la *seconde*, c'est que l'altération des parois artérielles et du caillot était réellement d'autant plus avancée qu'on approchait davantage de la périphérie du cerveau.

Cette série de déductions analytiques nous amène en présence de deux faits contradictoires : comment en effet concevoir qu'une altération qui ne participe point à la forme inflammatoire ait pu donner naissance à une phlegmasie artérielle si tranchée? Il faut convenir, qu'examiné sous ce point de vue, le fait actuel présenterait une objection puissante contre l'opinion de M. Andral sur la nature du ramollissement cérébral. Toute difficulté disparaît, en effet, en adoptant celle que professent MM. Lallemand, Bouillaud, Cruveilhier : l'artérite se conçoit alors comme la suite naturelle de l'extension des phénomènes d'inflammation qui ont amené le ramollissement. Mais adopter l'opinion absolue de ces médecins, ce n'est après tout que substituer une hypothèse à une autre ; les faits qui militent en faveur de la manière de voir de MM. Rostan et Andral subsisteront et seront toujours en désaccord avec la théorie générale où on veut les encadrer. En médecine, les faits opposés ne pouvant se détruire, le pathologiste doit souvent suspendre son jugement, ajourner ses conclusions jusqu'au moment où de nouvelles analogies ou de nouvelles différences apperçues permettent de fixer une place à chacun d'eux.

Une remarque qu'il ne faut pas perdre de vue, c'est que la cause déterminante fut une cause sthénique. Il me semble du

moins très-probable que le coup reçu à la tête, trois semaines avant les premiers accidents, en fut la cause première, chez un homme d'ailleurs prédisposé par une décrépitude anticipée et par l'usage ou plutôt l'abus des liqueurs alcoholiques. Bien qu'il semble démontré que son action ait immédiatement porté sur la masse encéphalique plus que sur le tronc artériel, il ne paraît pas non plus rigoureusement prouvé que l'irritation ait commencé dans la substance du cerveau lui-même. Ainsi, l'altération primitive ne pouvait-elle pas siéger dans les branches ou dans les rameaux de la cérébrale moyenne, puis de là se propager lentement du côté du cœur, en opposition au cours du sang, tandis que l'influence de cette phlegmasie artérielle sur le cerveau se manifestait par les symptômes propres au ramollissement de cet organe.

Cette artérite des ramusculos voisins des capillaires, entraînant la coagulation et par suite la suspension du cours du sang, ne devrait-elle pas troubler de la manière la plus fâcheuse la nutrition et par conséquent les fonctions du cerveau? Quelles seraient dans cette hypothèse les altérations matérielles qu'on pourrait concevoir dans sa substance? A quels phénomènes extérieurs donneraient-elles naissance? Les faits positifs recueillis par un grand nombre d'observateurs permettent de croire que l'inflammation primitive des branches artérielles qui se rendent à un organe, est fréquemment le point de départ d'une irritation qui envahit celui-ci; que l'oblitération consécutive de ces branches entraîne très-fréquemment la mort totale ou partielle de cet organe. Les faits chimiques et les expériences de M. Cruveilhier ne laissent aucun doute à cet égard. Si donc il venait à être prouvé qu'une inflammation obturatrice existait dans les branches d'une des artères cérébrales, il faudrait en conclure que la partie du cerveau auquel elles se distribuaient a pu être frappé de gangrène, ou, pour parler un langage plus exact, a pu cesser de vivre et se trouver dès lors soumise aux lois de

décomposition chimique qui régissent les corps organisés, lorsqu'ils sont privés de la vie.

Ces faits préalablement posés, ne peut-on pas demander quelles sont les analogies saisissables entre l'altération que nous avons décrites et la grangréne sénile, par exemple, qui succéde si souvent à l'artérite. Quels rapports plus ou moins éloignés pourraient exister entre ces deux affections, sous les points de vue des causes, de la marche, des symptômes et des altérations anatomiques? En procédant ainsi, nous trouverions :

	Pour le ramollissement actuel;	*Pour la gangrène sénile.*
PHÉNOMÈNES D'INVASION.	Douleurs fixes continues, sans fièvre ni délire; trouble de la mémoire et de l'intelligence, engourdissement du côté gauche.	Douleurs le long du trajet des vaisseaux; vomissements; engourdissements.
MARCHE.	Diminution graduée des fonctions nerveuses (*intelligence*, *sensibilité*, *mouvements*); accompagnée de symptômes variables d'irritation de la pulpe cérébrale; paralysie complète; mort et imbibition des tissus; décoloration. La doulear, qui persiste encore pendant la première partie de cette période, est souvent remplacée par un calme trompeur.	Extinction progressive du phénomène organique (*calorification*, *sensibilité*, *nutrition*); mort locale annoncée par la chute de la douleur; phénomènes consécutifs de décomposition putride; gangrène.
ALTÉRATIONS ANATOMIQUES.	Artérite; ramollissement; plusieurs points d'induration jaunâtre sur le trajet des branches malades.	Artérite; gangrène; inflammation souvent étendue à la gaine commune des vaisseaux; induration; friabilité.
CAUSES.	Cinquante ans; décrépitude; livré à la passion du vin.	Age avancé; abus des liqueurs alcooliques.

Les analogies marquées que nous venons de faire ressortir viennent sans doute à l'appui du rapprochement que nous avons fait; nous nous donnerons dé garde d'en conclure une identité qui ne peut être démontrée que par des faits nombreux. Toutefois, celui-ci nous a semblé digne d'être conservé pour servir à l'histoire des deux affections qui nous occupent.

En acceptant pour un moment l'hypothése que nous avons essayé d'appliquer à l'explication des faits, on se rendrait assez facilement compte de quelques phénomenes propres à

cette espèce de ramollissement du cerveau. Telle est, par exemple, la variabilité des signes d'irritation de son tissu propre et de ses membranes, (*Délire, contracture*). Ceux-ci seront en effet en raison directe de l'étendue de l'artérite, de sa position, de la rapidité de sa marche !! Tan dis que le *coma*, la *paralysie* seront plus spécialement en rapport avec le degré d'altération organique qu'entraîne la suspension du cours du sang. Ainsi la modification des fonctions (*delire, contracture*) serait le représentant d'une simple modification organique (*irritation artérielle transmise au parenchyme*); et la destruction de ces mêmes fonctions (*coma, paralysie*) correspondrait à la destruction de l'organe (*oblitération, mort partielle*). Ces deux éléments seraient combinés dans cette espèce de ramollissement; et comme conséquence directe de ces deux derniers faits, on pourrait établir en principe que les phénomènes du premier ordre sont d'autant plus courts, d'autant plus bornés, que l'altération actuelle entraîne plus rapidement la suspension de toute circulation. C'est ce qui expliquerait encore comment, dans le cas présent, les phénomènes d'irritation, les troubles fonctionnels, ont été bornés en comparaison de l'étendue et de la gravité de la lésion du système artériel.

La guérison subite de certaines paralysies serait encore facilement expliquée par la possibilité du retour du sang au sein de la partie, dans un organe aussi riche que le cerveau en communications anastomatiques ! Les ramollissements dépendants de cette cause seraient comparables, par rapport à l'origine et à la marche des phénomènes organiques, à l'oblitération du sinus, si bien décrite dans ces derniers temps (1) : dans un cas, trouble partiel de la circulation, phénomènes d'irritation cérébrale, variables et souvent modérés; nutri-

(1) Tonnellé, 1829. — Cruveilhier, 1825.

tion graduellement troublée, abolie; engourdissement, paralysie. Dans l'autre, trouble inopiné de toutes les fonctions cérébrales; mort presque subite.. Cette double marche ne paraît-elle pas également en rapport avec l'étendue de l'altération, l'importance des organes compromis? La multiplicité des anastomoses artérielles ne saurait être invoquée d'une manière absolue pour renverser l'hypothèse que nous venons de présenter. Cette circonstance anatomique explique très-bien le rétablissement rapide de la circulation cérébrale à la suite de la ligature du tronc carotidien, si souvent effectuée avec succès chez l'homme et les animaux (2); mais elle ne saurait remplir le même but dans le cas présent. Quelque nombreuses et faciles que soient les anastomoses en question, elles deviennent inutiles si les artères sont oblitérées jusqu'au voisinage même du cerveau, si une branche du troisième ordre, ou bien un certain nombre de ramuscules capillaires sont totalement imperméables. Nous observerons, à ce sujet, que, chez Héberard, il existait de fréquentes interruptions dans les caillots contenus dans les branches qui remontent sur la face externe de l'hémisphère, tandis que rien de semblable ne s'observait à la base du cerveau. Ces caillots interrompus nous ont semblé fournir la preuve d'un abord insuffisant du sang artériel par le moyen des anastomoses, au-dessus du point où il y avait eu primitivement obstruction d'une des branches de l'artère. Cette première opinion nous porterait encore à présumer que le point où cette obstruction première a eu lieu correspond à la partie inférieure du lobe moyen, et par conséquent qu'elle avait son siége dans la branche de l'artère cérébrale moyenne qui pénètre dans la scissure de Sylvius, pour s'étendre de là dans deux sens opposés, le long des canaux circulatoires.

---

(2) *Voyez* l'article CAROTIDES (maladies des), de M. Ph. BÉRARD, dans le *Dictionnaire de médecine*, 2e édition.

Nous espérons que personne ne sera tenté de croire qu'on puisse généraliser cette conception d'une manière absolue. Tout ce que nous avons dit plus haut ne s'applique évidemment qu'à une espèce particulière de ramollissement du cerveau qu'on pourrait appeler asthénique. Nous ne voyons pas d'ailleurs pourquoi on se refuserait à l'admettre, et la conjecture de M. Rostan à cet égard mérite peut-être un peu plus d'attention que ne le croit M. Andral (1). Les travaux de M. Cruveilhier (2) n'ont-ils pas institué dans la science une espèce particulière qui mérite d'être rapprochée de celle-ci; nous voulons parler de l'apoplexie capillaire, ou ramollissement amaranthe des circonvolutions si bien décrites par cet auteur. Cette espèce succède fréquemment à l'oblitération des sinus veineux du crâne et à la distension des veines capillaires qu'elle occasione. Véritable apoplexie veineuse, cette extravasations anguine se termine quelquefois par un ramollissement de la pulpe cérébrale, qu'il importe de distinguer de l'encéphalite terminée par ramollissement. Celui dont nous nous sommes occupés, loin d'être comme celui-là la suite de l'engorgement avec rupture des capillaires veineux, serait dû à la privation de l'excitant habituel.

Nous avons successivement examiné les raisons qui pourraient faire croire que l'une des deux lésions constatées sur le cadavre a joué le rôle de cause par rapport à l'autre. On pourrait maintenant supposer que la cause traumatique ayant porté sur tous les organes renfermés dans le crâne a donné isolément naissance aux altérations décrites. Celles-ci seraient ainsi totalement indépendantes l'une de l'autre, et la différence de caractère que nous avons signalée ne serait plus aussi embarrassante à expliquer. Cette supposition nous semble cependant

---

(1) Voyez *Anatom. pathol.*, t. 2. p. 807.
(3) *Ibid.* 1835.

la moins admissible des trois, et nous ne nous y arrêterons pas.

La manière dont l'inflammation et le caillot se terminaient dans la carotide interne par un coupé brusque et oblique prouve combien la stase du sang dans un vaisseau enflammé favorise la coagulation. En effet, dès qu'une voie collatérale trés-large est ouverte à ce liquide, ce phénomène cesse, parce que la modification que peuvent imprimer les parois artérielles enflammées au sang mis en contact, n'est plus assez permanente pour amener cette congélation. Par la raison inverse, la carotide oblitérée à sa partie supérieure, devait rapidement devenir imperméable dans sa totalité, parce qu'elle ne fournit pas de branches; mais cette obstruction devait cesser dans la carotide primitive, où le courant sanguin trouvait une large issue dans la branche externe de ce tronc. On ne saurait trop répéter que la formation du coagulum dans les vaisseaux ne peut dépendre uniquement de l'action de leurs parois, et que la nature, la quantité, la vitesse du sang qui les traverse, sont des éléments importants de cette coagulation. De là le précepte posé par les chirurgiens modernes, de ne pratiquer, autant que possible, la ligature d'une artère qu'à une certaine distance des collatérales.

Nous terminerons en faisant remarquer que le traitement employé a eu toute l'activité que comportait l'état du sujet : quoique dirigé d'après les vues pratiques les plus rationnelles, il n'a pas semblé arrêter cette funeste affection, bien qu'un calme trompeur soit venu faire espérer un moment que l'altération matérielle était entrée en voie de résolution. Cette double circonstance a été d'ailleurs fréquemment observée dans le cours des affections de ce genre.

REVUE GÉNÉRALE.

Anatomie et Physiologie pathologiques.

Pus (*Sur la composition et l'absorption du*), par M. Bonnet, *chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon* — La plupart des recherches faites jusqu'à ce jour sur la composition dn pus avaient donné des résultats peu satisfaisants, parce que les précipités déterminés par les réactifs sont complètement masqués par la coagulation de l'albumine qui existe dans ce liquide à l'état soluble. M. Bonnet, dans ses recherches, a eu recours à des méthodes plns sûres, à l'analyse chimique proprement dite, et à l'exposition à la vapeur du pus, de papiers trempés dans divers réactifs. Il n'a pas non plus négligé les recherches microscopiques; mais il n'a pas étudié par ce moyen le pus en nature ; il s'en est servi seulement pour constater, comme l'a fait M. Raspail, la nature des sels par la forme de leurs cristaux.

De cette analyse il résulte que le pus contient de l'eau, de l'albumine soluble, des extraits aqueux et alcooliques de viande, des sels terreux, des sels solubles, tels que l'hydrochlorate de soude et d'ammoniaque, des matières grasses et de la fibrine; en un mot, *tous les éléments du sang, moins la matière colorante.*

Ce résultat est d'autant plus remarquable que, presque en même temps (deux jours après la publication du travail de M. Bonnet), M. L. Mandt a lu à l'Académie des Sciences un mémoire où, par un procédé tout-à-fait différent, l'analyse microscopique du pus en nature, il est arrivé aux mêmes conclusions. Le pus, d'après ce chimiste, offre des globules nageant dans un fluide qui, séparé par la filtration, offre tous les caractères de l'*albumine* dissoute dans l'eau ; quant aux globules, les uns plus grands (un 100e de millim.), ne sont autre chose que de la fibrine coagulée hors des vaisseaux; les autres, cinq fois plus petits, sont des globules d'albumine coagulée par les sels du sérum, d'autant plus nombreux, que le sérum est plus riche en sels ; quelquefois aussi

il se trouve des globules de graisse. Le pus, le mucus et les produits des divers épanchements ne diffèrent pas dans la nature de leurs éléments ; mais seulement dans la proportion réciproque de ces éléments. Tous les produits de ces sécrétions se trouvent donc dans le sang, sauf les globules de matière colorante, qui ne peuvent franchir les parois des vaisseaux.

Là s'arrête M. le docteur Maudt ; M. le docteur Bonnet, poursuivant son travail par les mêmes moyens qui lui ont servi à déterminer la composition du pus, cherche à déterminer les différences qui existent entre les diverses espèces de ce liquide. Nous avons vu qu'il avait constaté (ce que personne n'avait fait avant lui) la présence de deux espèces de matières grasses dans le pus. susceptibles de former, avec l'eau, une émulsion, et analogues à celles que M. Denys avait décrite dans le sang, que Vauquelin avait trouvé dans la matière cérébrale. Or, c'est à la plus ou moins grande proportion de ce principe immédiat que le pus crêmeux doit les qualités qui le différencient des pus séreux, muqueux et tuberculeux. Il est facile d'apprécier cette variation : on sait, en effet, que Berzélius avait déjà constaté que l'acide sulfurique concentré et versé sur le pus en quantité suffisante pour le dissoudre, produisait une teinte rouge fort variable ; d'un autre côté, Raspail avait fait voir que le même acide communique la même teinte à de l'albumine mélangée avec de la graisse. M. Bonnet fut dès lors amené à prouver par des expériences directes que l'intensité plus ou moins grande de la coloration rouge du pus traité par l'acide sulfurique indiquerait la proportion des matières grasses contenues dans ce liquide.

Le pus muqueux secrété par les muqueuses enflammées, et que M. Bonnet n'a trouvé qu'une fois dans un abcès froid, ne contient pas de quantité notable de ces matières grasses ; en revanche, il renferme une forte proportion d'hydrochlorate d'ammoniaque. On peut même rendre à volonté du pus muqueux, en y ajoutant de l'hydrochlorate d'ammoniaque. Cependant on trouve aussi en assez grande proportion ce sel dans le pus tuberculeux. Les grumeaux que l'on rencontre dans cette dernière espèce de pus ne peuvent être différenciés de la fibrine.

En résumé, il est facile de voir que ces variétés n'offrent aucune différence caractéristique ; il n'y a pas de matière purulente, tuberculeuse, muqueuse ; il n'y a que de l'albumine, de la fibrine, des matières grasses, des sels, et en plus ou moins grande proportion.

Or, tous ces éléments se retrouvent dans le sang; par conséquent les parties liquides d'un abcès se résorbant, il n'y a pas de danger à redouter (les parties solides et grasses sont inabsorbables).

Il n'en est pas de même de la composition du pus rendu fétide et *putréfié par le contact de l'air*. Il résulte des recherches de M. Bonnet, que ce pus contient de l'*hydrosulfate d'ammoniaque*. C'est à la présence de ce sel délétère qu'il attribue la coloration en noir du diachylum et des compresses imbibées d'acétate de plomb, qui ont servi à panser des foyers sinueux et profonds; cette coloration n'est donc pas le résultat de la coloration des os, comme le pensent plusieurs chirurgiens, mais simplement de la réaction de l'hydrogène sulfuré du pus sur le plomb du sparadrap et des compresses. Il explique aussi par la présence de ce sel la coloration noire des parois de certains grands abcès, surtout dans le cas de carie vertébrale, ce qui avait été regardé comme un signe de gangrène. Il faut remarquer ici qu'on ne pourrait, même dans le cas où l'on observe cette coloration du diachylum, reconnaître directement la présence de l'hydrosulfate ammoniacal, en versant des réactifs dans le pus; il faut pour cela mettre ce liquide dans une fiole à médecine qu'on fera chauffer légèrement en recouvrant son goulot de papier trempé dans les réactifs convenables.

L'hydrosulfate d'ammoniaque mis en contact avec nos tissus est absorbé, et c'est à son transport dans le sang que M. Bonnet attribue les accidents qui suivent l'ouverture des grands foyers purulents dans lesquels l'air s'introduit et décompose le pus. Depuis qu'il a eu l'idée d'appliquer au sang ses moyens d'analyse (réactifs soumis à la vapeur du liquide), il n'a pu examiner qu'une fois le sang d'un malade en proie aux accidents dont nous venons de parler, et il a constaté la présence de l'hydrosulfate dans ce liquide; il l'a trouvé également dans les urines de ce même malade. M. Bonnet pense, d'après ce dernier fait, qu'il pourrait bien aussi s'échapper par les surfaces qui secrètent le pus; dans ce cas, le pus serait doublement altéré. Quoi qu'il en soit, comme on n'a pas de moyen certain pour combattre les accidents qui résultent de cette putréfaction du pus, c'est à les prévenir qu'il faut s'attacher. M. Bonnet pense qu'on y parviendra en ouvrant les grands foyers purulents sous l'eau. Il a employé cette méthode dans quelques cas dont il ne peut encore faire connaître la terminaison : Voici toutefois le traitement des abcès du genou auquel il s'est arrêté après plusieurs modifications successives : Ouverture de l'abcès sous l'eau; réu-

nion par la suture ; compression immédiate au moyen des bandelettes de diachylum ; extension permanente jusqu'à formation de l'ankylose de la jambe sur la cuisse, dans un appareil de fracture suspendu de manière à permettre les mouvements de totalité.

Toute cette dernière partie du remarquable mémoire de M Bonnet n'est évidemment qu'un programme de recherches à poursuivre : « Quelques jours de réflexions heureuses suffisent, dit il lui-même, pour l'invention d'une méthode; des années sont nécessaires pour lui donner un développement pratique. » (*Gaz. méd.* 1837, n° 33.)

Pathologie médicale.

Hydrocéphale chronique guérie a la suite d'une fracture du crane. — Un enfant de cinq ans offrait tous les signes d'une hydrocéphale chronique commençante. Le volume de la tête n'était pas en rapport avec celui du corps ; la face était petite et grippée ; le crâne, au contraire, fort développé, faisait une saillie considérable en avant, dans les régions frontale et temporale. L'état général était assez bon ; mais de graves accidents ne pouvaient manquer de se manifester sous peu de temps, lorsque l'enfant fut violemment frappé et renversé par une ruade de vache.

Le docteur Hofling fut appelé : il constata une fracture assez étendue du frontal ; les fragments offraient un écartement de quelques lignes : la plaie des téguments n'était que médiocrement contuse. L'enfant avait eu quelques vomissements ; mais ils avaient bientôt cessé ; il n'y avait aucun symptôme grave de réaction cérébrale ou générale. Un traitement antiphlogistique et un pansement simple remplissaient donc toutes les indications.

A la levée du premier appareil, on vit avec étonnement que toutes les pièces de linge étaient imbibées, non pas de pus ou de sang, mais d'un liquide clair, sans odeur, et ne tachant pas ; en examinant la plaie, on constata qu'il s'en écoulait une sérosité limpide. Cet écoulement continua d'être très-abondant pendant huit jours ; il diminua ensuite progressivement et finit enfin par cesser complètement. Dès lors, les progrès de la cicatrisation furent rapides, et l'enfant fut guéri en peu de temps. Il y a maintenant deux ans qu'il a éprouvé cet *heureux* accident, sa santé est fort bonne, et sa tête a presque complètement repris ses proportions normales.

Le docteur Hofling termine en blâmant l'inaction que la plupart des chirurgiens apportent dans le traitement de l'hydrocéphalie chronique. La possibilité de guérir cette cruelle maladie par la paracenthèse est établie, dit-il, par des faits authentiques assez nombreux. (Oppenheim, *Ueber die punktion des chron. innern Was-*

ser kopfs. dans *Rust's magazin.* Bd. XXIV. H. 1. S. 34.) D'ailleurs, il fant toujours se rappeler : *In extremis morbis melius anceps remedium quam nullum.* Enfin l'auteur s'appuie sur son observation, pour recommander de suivre ce précepte, qui prescrit de n'évacuer le liquide encéphalique que peu à peu, au moyen de ponctions successives pratiqnées avec une aiguille ou un trocart d'un très-petit diamètre. (*Wochenschrift für die ges. Heil.*, 1837, n° 41.)

Traitement du croup par la cautérisation, par le Dr. Félix Hatin. Depuis long temps on a eu recours à la cautérisation dans lcs affections pseudo-membraueuses du pharynx. M. le Dr. Peronnean, de Besson, a étendu l'emploi de ce moyen aux affections laryngées elles-mêmes. Il u'est cependant pas besoin dans ce cas d'introduire le porte canstique dans le larynx, ce qui offrirait non seulement de difficultés, mais encore des dangers réels. Sans faire pénétrer le caustique dans la glotte, on n'eu obtient pas moins la guérison du croup, *à son début ;* c'est du moins ce qui résulte de quatre faits pub lés par M. Hatin. Bien que nous regrettions que l'autenr ne les ait pas entourés d'assez de détails pour faire partager sa conviction sur le diagnostic de la maladie à tons ses lecteurs, nons croyons cependant que l'emploi de ce moyen si simple, dans une maladie où les saignées, les vomitifs, etc., ont si peu d'action, mérite d'attirer l'attention des praticiens. On aura d'ailleurs, toujours comme dernière ressource, la trachéotomie et la cautérisation successive de la trachée, par la méthode de M. Tronsseau.

Voici comment M. Hatin décrit l'application de la cautérisation : l'enfant est assis sur les genoux d'un aide, qui d'une main lui fixe les bras, de l'autre lui maintient la tête contre sa poitrine. L'opérateur placé devant lui se sert de l'indicateur gauche ou d'un instrument particulier, pour abaisser la langue et tenir la bonche ouverte, et de sa main droite armée d'un long porte-pierre courbé comme une sonde et garni d'un cylindre de nitrate d'argent saillant de quelques lignes et fortement assujetti, il cautérise rapidement tous les points de l'arrière-gorge, pendant une seconde ou denx ; il laisse respirer le malade pendant quelques minutes, puis recommence la même opération. On fait boire ensuite un peu d'orge miellée.

Dans les quatre cas rapportés par M. Hatin, au bout de quelques heures, la toux croupale fut remplacée par une toux catarrhale humide qui cessa elle-même au bout de 2 ou 3 jours.

Pour avoir quelque efficacité, ce moyen doit être employé dès le début. L'auteur en fit usage chez deux enfants qu'il ne vit qu'au 3e et au 4e jour, et il n'eut aucune influence sur la marche de la maladie. (*Revue médicale, octobre* 1837).

ALIÉNATIONS MENTALES : (*Traitement de conceptions délirantes* ; par M. LEURET. M. Leuret rappelle la distinction qu'il a faite dans ses *Fragments psycologiques* sur la folie, entre les idées ou conceptions délirantes qui ne sont que des pensées, et les hallucinations qui sont en même temps des sensations. Les secondes réclament à la fois des moyens moraux et physiques ; les premières peuvent être guéries par les moyens moraux seuls. L'auteur s'attache à prouver qu'en général rien n'est plus nuisible à un aliéné que de paraître croire à la vérité de ses conceptions. — Obs. de Guérison d'une aliénation de ce genre, datant de 19 ans. (*Gaz. médic.*, 1837, No. 73.

Pathologie et Thérapeutique chirurgicales.

FONGUS HÉMATODE DE LA PAUPIÈRE SUPÉRIEURE. — Je pense qu'on lira avec intérêt, dit le docteur Pauli, la description d'une dégénérescence unique dans la science, car je n'ai rien trouvé d'analogue dans aucun auteur, ni dans les cabinets anatomiques de Berlin, Vienne, Londres, Paris, etc.

Bernard Hellbach naquit à Billigheim le 16 juillet 1819, de parents robustes et parfaitement sains ; il était lui-même bien constitué et en bonne santé, mais on remarqua qu'il portait à l'angle externe de l'œil gauche, sur la paupière supérieure, une petite dureté de la grosseur d'une lentille : la peau qui la recouvrait offrait une légère teinte rouge, et la paupière, tirée en bas, recouvrait presque l'œil en entier. Au bout de quelques jours, l'œil se découvrit, et la paupière reprit sa direction normale ; ses mouvements n'étaient nullement gênés.

Au neuvième mois, la tumeur avait acquis le volume d'un œuf d'oie, et, vers la troisième année, elle avait tellement augmenté que l'œil, chassé en partie de l'orbite, en était entièrement recouvert ; à la neuvième année, elle avait déplacé l'oreille, et recouvrait la moitié de la face et du crâne ; enfin, deux ans après, elle pendait au-dessous de la mâchoire inférieure, avait repoussé le nez, pénétré dans la cavité buccale, et offrait neuf pouces et demi dans son diamètre horizontal, onze pouces et demi dans le vertical. L'enfant, menacé souvent de suffocation, était obligé de soutenir cette énorme masse par une espèce de sac dans lequel il l'enfermait. En examinant la tumeur, on la trouve inégale, élastique, comme fluctuante, offrant cette consistance que Lassus appelait *dureté molle* ; elle se laisse un peu comprimer ; lorsqu'on y applique la main, on perçoit quelquefois des pulsations, que la compression de la carotide diminue bien un peu, mais qu'elle ne fait pas cesser entièrement. Cette

circonstance démontre qu'un vaste réseau anastomotique alimente la tumeur, et que la ligature de la carotide, proposée d'abord par Chelius et Walther, et pratiquée ensuite par des chirurgiens anglais, serait ici sans résultat. La peau est mobile, peu altérée dans sa couleur, mais sillonnée par des veines fortement dilatées. Les efforts, les mouvements violents déterminent une légère augmentation dans le volume de la tumeur.

Aujourd'hui cette énorme dégénérescence a douze pouces un quart de diamètre horizontal et quinze pouces trois quarts de diamètre vertical : elle offre sur sa surface une légère excoriation, qui laisse suinter une sérosité peu abondante, et par laquelle ont lieu quelquefois des hémorrhagies parenchymateuses. La face est tellement déformée, que l'ouverture des paupières est sur la même ligne que celle des lèvres.

Du reste Hellbach jouit de la meilleure santé ; toutes ses fonctions s'exécutent parfaitement ; ses facultés physiques et intellectuelles sont intactes et mêmes développées ; il ne souffre nullement, et n'éprouve que quelques légères douleurs lorsque la température change brusquement.

Si l'on cherche maintenant à déterminer la nature de cette dégénérescence, il me semble qu'on retrouve tous les caractères du *fongus hématode* ; ainsi :

1°. L'état général du malade : le *fongus médullaire* est une maladie constitutionnelle, qui donne toujours lieu à des désordres généraux graves ; il attaque surtout les individus scrofuleux ; les vaisseaux lymphatiques voisins sont presque toujours engorgés : ici, rien de tout cela n'a lieu, l'enfant jouit d'une très bonne santé, ainsi que tous les membres de sa famille.

2°. Le *fongus médullaire* n'est jamais congénital ; il ne se prolonge guère au-delà de quelques mois, en raison des accidents dont il s'accompagne.

3°. L'affection a commencé dans le tissu cellulaire sous-cutané, et s'est étendue en respectant les os. Le siége primitif du *fongus médullaire* est ordinairement profond (la rétine, par exemple) ; la maladie s'étend ensuite de dedans en dehors, et envahit presque toujours les os voisins.

4°. La compression diminue un peu le volume de la tumeur, ce qui n'aurait pas lieu si elle était constituée par un *fongus médullaire*.

5°. Dans ce dernier on ne perçoit jamais de pulsations.

6°. Dans le *fongus médullaire*, lorsqu'une hémorrhagie a lieu elle se fait par le point le plus proéminent de la tumeur ; le sang est noir, l'ouverture ne se referme pas, et donne issue à des lambeaux désorganisés ou gangrénés. Ici on remarque tout le contraire.

7°. Un *fongus médullaire* qui aurait atteint les dimensions que

nous avons indiquées, déterminerait des douleurs violentes et continues.

Le pronostic de cette affection est certainement très-grave; mais si l'on considère que les hémorrhagies n'ont jamais eu lieu spontanément, qu'elles ont toujours été provoquées par une violence extérieure, que la dégénérescence ne s'étend pas vers la cavité buccale; enfin, que l'état général de l'enfant est excellent, on peut assurer qu'à moins de complications nouvelles, la vie se prolongera encore plusieurs années.

Je n'ai employé qu'un petit nombre de moyens dans le traitement de cette maladie. Smith (*North american archives of med. and chir. sciences.* Oct. 1834.) avait avancé que les fongus se lient souvent à un vice de nutrition, et avait assuré avoir obtenu la résorption d'un *fongus hématode* au moyen de l'iode et du mercure; Weller rapporte avoir guéri par le calomel plusieurs *fongus médullaires de la rétine*, de nature scrofuleuse: je fis usage, sans leur accorder grande confiance, de ces agents thérapeutiques, qui n'amenèrent aucun résultat. La compression aurait peut être été plus efficace, mais les douleurs qu'elle déterminait ne me permirent pas de l'employer d'une manière continue. Chelius et Walther, auxquels je montrai mon petit malade, proposèrent l'extirpation après avoir préalablement lié la carotide; mais les parents ne voulurent pas consentir à cette grave opération dont le succès était d'ailleurs bien incertain.

Qu'il me soit permis, à l'occasion de ce malade, continue le docteur Pauli, de rétablir le diagnostic différentiel de deux affections qu'un grand nombre d'auteurs ont confondues, c'est-à-dire de *fungus hématode* et *médullaire*.

William Hey, le premier, réunit les deux dégénérescences sous la première dénomination; Burns, Ch. Bell, Wardrop, Bradley, Laurence et Breschet suivirent ensuite son exemple; Abernethy établit un *sarcôme médullaire*; mais Maunoir, le premier, assigna à chacune des deux affections, ses véritables caractères. (*Mémoire sur le fongus médullaire et hématode.* Paris et Genève, 1820.). Scarpa, Langenbeck et Lobstein adoptèrent cette division. Ruysh, Bonnet, Lassus, ont appelé le fongus médullaire *tumeur pongieuse*; Pelletan et Roux, *cancer fongueux;* Farre, *tubercule non circonscrit;* Marjolin, *cancer ramolli.*

D'un autre côté J. L. Petit et Boyer appellent le fongus hématode *fongus sanguin*; Marjolin décrit, sous ce premier nom, le fongus médullaire *Dict. de méd.* Paris, 1824. T. X. p. 567); Roux, (*Rela

tion d'un voyage à Londres en 1814) semble confondre les deux affections sous le nom de *carcinôme*. Enfin, Récamier prétend que les tumeurs hémorrhoïdales ne sont pas formées par des veines devenues variqueuses, mais par un tissu érectile semblable à celui du *fongus hématode*, erreur qu'il est facile de réfuter; car les tumeurs hémorrhoïdales disparaissent quelquefois spontanément ou deviennent cancéreuses, terminaisons dont aucune ne peut avoir lieu dans le fongus hématode.

Walther (*System. d. chir*. Berlin, 1833, T. I. p. 414) confond également les deux espèces de fongus. Meckel (*Pathol. anat*. II. 2.) fait de même, et considère les polypes des membranes muqueuses comme une variété du fongus hématode, erreur aussi inexplicable que celle de Récamier. Laennec. J. A. Richter, Otto (*Anat. pathol*. 1830. T. I, p. 67), G. M. Clellan (*Americ. med. Recorder*. Oct. 1822), Langstoff n'établissent également aucune distinction.

Enfin Andral, Delpech, Ammon, Wedemeyer commencent à signaler quelques particularités anatomiques intéressantes; Cruveilhier compare la structure du *fungus hématode* à celle du placenta; Meyer (*Ueber die natur derparasitischer Geschwübste*, Berlin, 1828) remarque que le *fongus hématode* a deux systèmes vasculaires, l'un central, l'autre périphérique, tandis que le *fongus médullaire* n'offre que le premier.

Schœnlein établit d'autres différences nombreuses et importantes. Selon lui, le *fongus médullaire* se développe primitivement dans le système nerveux, et s'étend de dehors en dedans; le *fongus hématode* suit une marche opposée et a son siége primitif dans le système vasculaire. Chez celui-ci, les vaisseaux qui servent à la nutrition ne sont qu'un prolongement du système général et se dirigent de la circonférence vers le centre; chez celui-là, les vaisseaux sont de nouvelle formation, apparaissent d'abord au centre et ne s'anastomosent que plus tard avec le système général. L'atrophie et la gangrène suivent dans les deux affections une marche en rapport avec le développement des canaux artériels. Schœnlein ajoute que le *fongus hématode* se montre surtout chez les vieillards, les goutteux; le *médullaire*, au contraire, chez les enfants et les adultes.

« A ces caractères différentiels, dit M. le docteur Pauli, je réunirai quelques remarques qui sont le fruit de ma propre expérience. Le *fongus médullaire* envahit toutes les parties environnantes, s'assimile les tissus les plus différents, depuis la peau jusqu'aux os; l'*hématode* n'altère jamais ceux-ci et les déplace tout au

plus ; il ne s'atrophie jamais et ne subit, après des hemorrhagies abondantes, qu'une diminution momentanée de volume : l'ouverture qui a donné issue au sang se cicatrise ordinairement au bout de quelques jours ; elle augmente au contraire sans cesse dans le *fongus médullaire*. Celui-ci n'est jamais congénial : enfin, je crois pouvoir affirmer, contrairement à l'opinion de Schœnlein, que le *fongus médullaire*, seul, s'accompagne d'une odeur quelquefois pestilentielle. En résumé, le *fongus médullaire* est une transformation de tous les tissus en une substance semblable à celle de l'encéphale ; le *fongus hématode* est une véritable *téléangiectasie*.

Si maintenant nous considérons ces dégénérescences relativement au globe oculaire, nous trouvons que Hey, Scarpa, Boyer, Wardrop, Travers, Cooper, Bell, ne décrivent que le *fongus hématode* ; Dupuytren et Breschet parlent du *carcinôme encéphaloïde*, ou *cérébriforme* ; G. Burns admet une *inflammation fongueuse de l'œil* ; Jungken) *Lehre von den Augenkrankheiten*. Berlin, 1832) distingue un fongus médullaire, qui débute par la dure-mère, et un fongus hématode qui se développe sur l'iris. Rosas (*Lehre von den Augenkr*. Vienne, 1834) distingue, 1° un fongus médullaire qui se développe à l'entrée du nerf optique dans le globe de l'œil ; 2° un fongus médullaire, qui a son origine depuis le ganglion ciliaire jusqu'à l'iris ; 3° un fongus hématode se développant tantôt sur la conjonctive, tantôt sur la choroïde, l'iris, ou le corps ciliaire ; 4° Un fongus cellulaire qui se montre sur la conjonctive, la caroncule lacrymale ; etc. Weller (*Handbuch der Augenkr*. Vienne, 1831) n'admet, sous le nom de fongus médullaire, qu'une seule affection débutant par le nerf optique et la rétine.

Pour moi, dit le docteur Pauli, les caractères différentiels ne sont pas moins tranchés ici. Le *fongus médullaire* seul se montre dans le globe oculaire ; il peut débuter sur chacune des parties qui constituent cet organe : lorsqu'il prend naissance dans la rétine ou le cerveau lui-même, il acquiert un volume plus considérable que lorsqu'il commence par la sclérotique. Dans tous les cas, il est au-dessus des moyens de la chirurgie, et doit être considéré comme un *noli me tangere*. Le *fongus hématodes* se développe toujours dans la peau ou le tissu cellulaire sous-cutané, et ne débute jamais dans les parties constituantes du globe de l'œil.

En examinant attentivement les dégénérescences que quelques auteurs ont décrites comme des *fongus hématode de l'œil*, on reconnaît qu'elles avaient tous les caractères du *fongus médullaire*. Cela est évident dans les observations rapportées par Renton

(*Edinb. med. and surg. Journ.* V. 15. p. 274.); par Klein (*Text. neuerem Chiron.* 1832. *Bd.* 1, 2, p. 334); par Ware (*Lond. med. and phys. Journ.*) (*Med. Ann. Bd.* 8. Heft. 11).

Luxation incomplète de l'Épaule *par le Dr William Hargrave.* —Le sujet de cette observation était destiné aux dissections, il fut impossible d'avoir des renseignements sur l'histoire de sa maladie. Il était de petite taille et paraissait avoir de 60 à 70 ans.

L'aspect du membre indiqua l'existence d'une luxation. Le membre était légèrement dans l'abduction et éloigné du tronc; l'acromion formait une saillie forte et bien dessinée, tandis que la région sous acromiale présentait un creux profond s'étendant transversalement et en bas vers l'insertion du deltoïde. Les doigts fortement enfoncés dans l'aisselle donnaient la certitude que la tête de l'humérus avait passé sur le bord interne de la cavité glénoïde.

On pouvait porter le bras légèrement (*under hand*) en pronation sans que le scapulum y prit aucune part évidente; mais pour peu que ce mouvement ait quelqu'étendue, il entrainait l'omoplate. La rotation en dedans et en dehors, et surtout dans le premier sens, était limitée; la circumduction ne pouvait s'effectuer non plus par conséquent que la supination (*over hand*).

Dissection. Le tégument de la partie externe du bras ayant été détaché, on vit le deltoïde fort allongé et aplati; le sus-épineux, le sous-épineux et le petit rond embrassaient solidement les portions correspondantes de la capsule. Du côté de l'aisselle, la tête de l'humérus appuyait sur le plexus brachial dont les branches étaient plus ou moins séparées les unes des autres. Elles étaient très aplaties et avaient complètement perdu leur forme et leur aspect cylindrique. Le muscle sous-scapulaire au moment où il passe sur le col de l'omoplate était éloigné de cette partie de l'os de près d'un pouce, et dans l'intervalle on voyait une grande quantité de tissu adipeux serré. Il en existait également entre le deltoïde et le ligament capsulaire. Celui-ci, après que tous les muscles eurent été enlevés, présenta un état de parfaite intégrité; à la partie postérieure et supérieure on voyait un prolongement fibreux, épais et très fort, s'étendant obliquement en bas et en arrière de l'acromion à l'humérus, et semblable en quelque sorte au ligament ilio-fémoral de la hanche. Ce ligament donnait ainsi une explication fort satisfaisante du peu d'étendue de la rotation en dedans.

A l'ouverture de la capsule du côté interne on aperçut la tête de l'humérus en partie extérieure à la jointure et partagée dans toute sa longueur en deux portions inégales par une rainure profonde et perpendiculaire à la direction de la tête de l'os. De ces deux portions l'interne et la plus large était située dans la fosse sous-scapulaire en dehors du bord correspondant de la fosse sous-scapulaire, tandis que l'autre portion plus petite restait en arrière et en dehors dans la cavité glénoïde dont elle occupait la partie la plus interne.

La rainure dont nous avons parlé se moulait sur le bord interne de la cavité glénoïde qui par suite de la pression constante et des mouvements habituels de l'humérus, n'était plus aussi saillant que d'ordinaire, mais s'était arrondi et présentait une espèce

de lèvre épaisse. La tête de l'humérus à sa partie supérieure était complètement contiguë à l'apophyse coracoïde dont elle avait considérablement altéré la forme; au lien de son bec pointu, cette apophyse présentait une surface élargie, aplatie et même un peu concave. Le tendon du biceps était rompu ; son bout inférieur était intimement uni à la gouttière bicipitale, sa portion glénoïdienne ne formait plus qu'une espèce d'appendice rudimentaire flottant dans la capsule.

Les deux seules autopsies de luxation incomplète de l'épaule que M. W. Hargrave ait pu comparer avec son observation, appartiennent l'une à S. A. Cooper, (*Tr. franç.* p. 110), l'autre aux leçons orales de Dupuytren. Ces deux observations sont toutefois moins probantes que celle que l'on vient de lire, qui nous paraît comme à M. Hargrave très-propre à établir l'existence si contestée de la luxation sous-coracoïdienne incomplète. On peut consulter quelques faits fort analogues au précédent, publiés par MM. Sedillot (*Journ. des conn. méd. chir.*, t. 2, p. 251) et Velpeau (*Arch.*, juillet 1837). Le premier de ces chirurgiens les regarde comme des luxations primitivement complètes, mais devenues incomplètes par le fait des mouvements et des frottemens successifs. Un des motifs principaux de son opinion, c'est l'état d'intégrité du bec coracoïdien dans les faits qu'il a observés ; l'état de cette apophyse, qui dans l'observation précédente était *élargie, aplatie, et comme creusée*, ne devra donc laisser aucun doute sur la nature de la maladie.

Quant aux autres preuves que M. Hargrave donne à l'appui de sa manière de voir, c'est l'intégrité, ou mieux la presqu'intégrité de la capsule, des muscles et des tendons insérés sur la tête de l'humérus (on trouve très-souvent chez des vieillards le tendon du biceps rompu sans qu'il y ait de luxation), enfin l'état des surfaces articulaires tel qu'il a été décrit. (*Edinb. méd. and. surg. Journ.* n° 133, octobre, 1837, p. 376.)

Anévrysme de l'artère iliaque guéri par des applications de glace, par les Drs. *Reynaud* (de Toulon), et *Labissal*. — On a peut-être trop négligé les applications de glace dans les anévrysmes; l'observation suivante est un exemple de succès de ce moyen, d'autant plus remarquable que la seule ressource qui restât au malade était la ligature de l'aorte, qui, comme on le sait, a échoué dans le cas où elle a été mise en pratique (par A. Cooper, James, White et Murray).

La tumeur que le malade, marin ; âgé de 34 ans, portait depuis six mois, à la région de l'aine, était énorme et offrait à sa base une circonférence de 22 pouces ; elle était partagée en deux par le ligament de Fallope, et semblait s'étendre jusque vers l'om-

bilic, sous la forme d'un cordon dur et volumineux. Les pulsations y étaient obscures, et le sommet, fluctuant, semblait près de se rompre. Le membre de ce côté, était énormement tuméfié. La tumeur occupait donc les artères crurales, iliaques externe et interne; et elle s'étendait trop bas pour que la méthode de Brasdor pût être mise en usage; d'ailleurs on eût craint la rupture.

Le malade fut soumis, le 16 février 1834, à l'application de la glace renfermée en fragments dans une vessie qu'on tint constamment sur la tumeur le régime consista en crêmes de pain ou de salep, on donna ponr boisson du riz édulcoré et acidulé avec l'alcool sulfurique, plus tard de l'orge acidulé. La tumeur diminua graduellement. Au mois de novembre 1834, on voulut remplacer la glace par la compression; les douleurs éprouvées par le malade, obligèrent bientôt à renoncer à ce moyen. En janvier 1835, le membre était revenu à son état normal, ce ne fut toutefois qu'un an après queles pulsations reparureut dans le tiers inférieur de la crurale et dans les artères tibiales et pédieuses, et que le malade put s'exercer à marcher. Il s'écoula douc, avant la guérison de l'anévrysme, deux ans pendant lesquels, sauf les quelques jours de compression, l'application de la glace fut continuelle; pendant les deux derniers mois, on avait enfermé la glace dans une boite de fer-blanc, légérement coucave sur sa face inférieure, qui exerçait par son proprc poids, une compressiou douce et pourtaut puissante sur la tumeur. (*Gaz. méd.* 1837, n· 36.)

Pénis engagé dans un anneau: (*procédé particulier employé dans ce cas*; par M. *Lorey*. — Il n'est pas rare de voir la verge passée dans un anneau métallique, entouré d'uue ficelle, et ne pouvant plus être dégagée de ce corps étranger, qu'elle finit par masquer complètement en se tuméfiant tout à l'entour. On peut lire daus les *Traités de chirurgie et de méd. oper.* les procédés mis en usage pour enlever ces corps, procédés variés en quelque sorte autant que leur forme. En général on emploie des scarifications qui permettent de découvrir le corps qu'on peut alors couper ou casser en le tordant avec deux petits étaux à main, etc. Le fait suivant est intéressant sous le rapport du procédé de compression suivi par l'auteur pour faire disparaître le gonflement sans employer les scarifications.

Un jenne homme de 25 ans, d'une constitutiou grêle et lymphatique s'étant endormi avec un anneau d'or passé autour de la verge, fut bientôt réveillé par un besoin d'uriuer, qu'il ne put satisfaire à cause d'un gonflement très-considérable qui s'était produit en avant et en arrière de l'anneau; les tentatives qu'il fit pour l'extraire ne firent que causer de la douleur, et malgré l'emploi de l'eau froide, le pénis était de la grosseur d'un verre à bière, livide dans toute la partie antérieure à l'anneau, et offrait à sa base quelques taches violettes, lorsque M. Lorey vit le malade vers midi. La fièvre, les douleurs avaient été exaspérées par

un voyage de six lieues fait sur une mauvaise charrette. Le malade, tourmenté d'une soif intense, avait bu beaucoup d'eau et par suite le ventre était extrêmemeut distendu et douloureux au toucher, la langue sèche, la figure décomposée.

Le cathétérisme étant impraticable, M. Lorey fit la ponction de la vessie au périnée pour empêcher sa rupture, et en tira plus de quatre livres d'urine. Les douleurs diminuèrent et on put songer à extraire le corps étranger. Après quelques tentatives inutiles pour parvenir à ce cercle d'or perdu dans des chairs déchirées et ulcérées, il eut l'idée d'employer un moyen de compression qu'il avait vu employer à un chirurgien dans un cas de paraphimosis. Un morceau de linge résistant, mouillé, fut ployé en forme de compresse longue, il en appliqua le centre au-dessous de toute la partie du pénis, en deçà du corps étranger, ramena les deux extrémités en dessus, les croisa l'une sur l'autre pour envelopper parfaitement cette partie, et opéra ensuite une torsion de la totalité de la compresse en se rapprochant de l'extrémité du pénis. Il fut obligé de laisser cet appareil pendant plusieurs minutes et bientôt le gonflement était assez diminué pour permettre d'introduire entre l'anneau et les chairs sous jacentes un morceau de carte huilé. Il fut facile alors d'introduire l'angle de l'une des mâchoires d'une pince coupante d'horloger et de couper l'anneau en serrant les branches. Loin de dégager l'instrument aprèsla section, M. Lorey leglissa au contraire sous l'anneau et le serrant de nouveau le confia à un aide, pendant que muni d'une pince d'horloger, il saisit l'autre extrémité de l'anneau qu'il cassa en écartant les deux instruments. On pansa avec un cataplasme froid arrosé de décoction de kinkina camphrée. La vessie fut vidée, la canule retirée le soir, une sonde élastique passée dans le canal dans la crainte que les escharres qui existaient à la face dorsale de la verge ne fussent profondes, mais il fut bientôt facile de voir qu'elle n'intéressaient que la peau. Guérison le 6e jour.

L'auteur rapporte aussi le cas suivant : un soldat s'étant introduit le pénis dans la douille de sa bayonnette, put le retirer après l'application de la glace. (*Précis analyt. des trav.de la Soc. méd. de Dijon pour* 1833, par N. A. Pingeon, Sec.-gén. Dijon, 1837.)

LIGATURE ET TORSION DES ARTÈRES (*Recherches historiques relatives à la*). — Il est un grand nombre d'*inventions modernes*, dit le docteur Rosenbaum, qu'on retrouve au moins indiquées dans les auteurs anciens, lorsqu'on veut prendre la peine de les lire; malheureusemeut peu de personnes le font, et on apprendra peut-être avec étonnement qu'Hippocrate et Galien connaissaient la ligature et la torsion des artères, soit dit sans nuire à la gloire d'Ambroise Paré et de M. Amussat.

Le passage suivant d'Hippocrate, continue M. Rosenbaum, a toujours embarrassé les traducteurs :

Αἵματος φλεβῶν στασιέυς, λειποθμίη, σκηωᾶ, ἄλλη ἀπόληψις, μοτωματος ξυστροφη, ςιροσθετη, επιθεσις. (Liv. VI. Sect. VII.) Mais le sens devient parfaitement clair en changeant ἄλλη en ἄλλης ; et le passage entier peut se traduire ainsi :

« Les hémorrhagies sont arrêtées par la syncope, la position, la compression avec la main, le tamponnement, l'application de moyens contentifs, la ligature.

Dans Galien, la ligature est évidemment décrite, et la torsion l'est également ; car on lit :

Μετα δὲ ταῦτα διαπείρας ἀγκίσίφω ἀναἴστεινέτω τε καὶ περιστρεφέτω μετριως (*Methodus medendi*, *lib*. V. *c*. 3-5.) ; ce qui veut bien dire : « On cherche alors à soulever le vaisseau avec une pince et à le tourner selon son axe.

Aetius (*Tetrabibl*. IV. *serm*. 11, *c*. 51, *de sanguinis emptione*), et Paul d'Egine (*lib*. IV. *cap*. 55), font aussi mention de la torsion. (*Allgem. medic. Zeitung von Pœst*. Nos 12 et 13. 1337.)

Académie royale de Médecine.

Séance du 28 *octobre*. — M. Husson fait un rapport sur l'admission du buste de Laennec dans la salle des séances de l'Académie. L'auteur se livre à l'examen des travaux de Laennec, qu'il apprécie dignement, et conclut à ce que le buste de cet homme célèbre soit placé dans la salle des séances de l'Académie, à côté de celui de Corvisart et des autres grands médecins modernes qui honorent la France. — Adopté.

Empoisonnement par l'introduction d'un crochet de vipère a fer de lance dans l'estomac. — M. Duméril fait un rapport détaillé sur ce fait, communiqué à l'Académie par le docteur Rufz, et dont nous avons donné l'extrait (*Voyez* No de septembre p. 126). Il s'agissait de savoir si la dent avait été avalée accidentellement par l'enfant, ou enfin si elle avait été administrée par la malveillance. M. le rapporteur n'hésite pas à se prononcer pour cette opinion. La dent, présentée à l'assemblée, est encore en partie enveloppée de papier brouillard.

Topographie médicale de Blaye. — M. Villeneuve fait un rapport favorable sur un Mémoire du docteur Moreau sur ce sujet,

mémoire adressé à l'Académie par le Ministre du commerce et des travaux publics. Ce rapport suscite une discussion : quelques membres de l'Académie voudraient que, d'après le travail de M. Moreau, il fût écrit au ministre pour signaler les moyens propres à améliorer les conditions physiques du pays. Mais cette proposition n'est pas adoptée. Pour agir ainsi, il faudrait, comme le dit M. Delens, que les commissaires prissent eux-mêmes connaissance des lieux.

Séance du 30 *octobre*. — MONSTRUOSITÉ. — M. Ollivier donne des détails sur l'autopsie cadavérique de l'enfant dont il a entretenu dernièrement l'Académie. (V. la séance du 24, n° d'octobre, p. 244.) L'enfant a vécu deux jours encore après sa présentation à l'Académie. Il est mort d'apoplexie sanguine, ainsi que l'autopsie cadavérique l'a fait connaître. La tumeur placée au côté gauche de la tête communiquait avec l'intérieur du crâne ; elle était enveloppée des membranes du cerveau et contenait le lobe correspondant de cet organe tout entier. La brèche crânienne répondait à la portion correspondante de la suture coronale. L'encéphale se trouvait déplacé d'arrière en avant ; le cervelet était plus rapproché du front que dans l'état normal, et la base du cerveau était comme tiraillée vers le lobe prolapsé. Le ventricule gauche de cet organe manquait entièrement. — Une seconde tumeur existait au-dessous de l'œil gauche ; elle était également formée par un prolongement du cerveau et de ses membranes. Ces deux encéphalocèles, du reste, n'ont rien offert qui ne fût ordinaire à ces sortes de hernies congénitales.

La dissection des moignons des doigts a montré qu'ils n'étaient formés que des premières phalanges. A la main gauche, les premières phalanges n'existaient qu'à l'état atrophique ou par moitié. A la jambe, dont la scission a particulièrement fixé l'attention, les parties molles étaient exactement sur ce point comme si elles avaient été étranglées par une ficelle. Les os sous-jacents étaient pourtant parfaitement sains. Le ligament, long de deux pouces, qui existait sur le côté interne de la scission, était, non un vaisseau oblitéré, mais tout simplement une bride fibreuse d'un tissu pareil à celui de la cicatrice circulaire, bride qui établissait probablement quelqu'adhérence entre la jambe de l'enfant et le placenta. Le reste de l'autopsie n'a rien offert de particulier.

CHLOROSE. — M. Delens fait un rapport sur un travail manuscrit considérable de M. le Dr Pujol, de Montpellier, concernant

la chlorose et son traitement. Le rapporteur analyse et approuve la partie de ce travail qui a trait à la description de la maladie, tracée d'après cinquante-huit observations propres à l'auteur, et critique sa théorie qui consiste à supposer la *déferrugination* du sang dans la chlorose, et la ferrugination de ce fluide par la préparation de fer qui la guérit. L'analyse du Mémoire de M. Pujol, et la discussion qui a suivi la lecture du rapport n'ayant rien offert de particulier, nous ne croyons pas devoir nous en occuper.

— M. le président annonce à l'académie la mort de l'un de ses membres correspondants, M. Gallini, professeur d'anatomie à l'université de Pavie.

Epilepsie guérie par l'asa-foetida. — M. Delens fait un autre rapport sur une observation du même médecin, M. Pujol, et ayant trait à une épilepsie grave, chez une jeune fille. La maladie, qui avait résisté à toutes les médications, fut presqu'entièrement guérie à la suite de l'administration de l'asa-fœtida. L'observation est envoyée au comité de publication.

Sirop-antigoutteux. — L'académie entend un rapport sur la formule d'un sirop dit anti-goutteux, du sieur Dubosc, pharmacien à Cherbourg. Ce sirop, composé de gayac, salsepareille, opium et colchique, combinés à différentes proportions, est jugé comme ne présentant rien de nouveau et comme ne possédant pas la propriété que lui attribue son auteur. Les six observations jointes à sa formule n'offrent rien de concluant.

Lithotripsie. — M. Amussat lit une longue observation sur une opération de lithotripsie chez une femme. Cette opération n'est remarquable, suivant l'auteur, que par l'adhérence de la pierre, adhérence qui n'a cependant pas été un obstacle pour la pratique et le succès de l'opération.

Séance du 7 novembre. — Emploi de l'opium a haute dose après les grandes opérations. — M. Malgaigne communique, dans une lettre adressée à l'Académie, les résultats qu'il a obtenus d'un mode particulier de traitement après les grandes opérations. Ce chirurgien croit devoir admettre dans les accidents consécutifs de cette opération, deux éléments, l'élément nerveux, qui donne lieu à la douleur, etc., et l'élément inflammatoire. En combattant le premier de ces éléments, il dit avoir prévenu par son nouveau mode de traitement le développement des accidents inflammatoires qui suivent si souvent les grandes opérations. Ce traitement consiste à administrer après l'opération cinq à six grains d'extrait gommeux d'opium, fractionnés en plusieurs pilules que l'on peut prendre à des intervalles assez rapprochés. Cinq opérés ont été soumis à

ce mode de traitement, et aucun d'eux n'a éprouvé de ces accidents ordinaires aux grandes opérations. Il est même à remarquer que pendant ce traitement, les digestions et les excrétions de ces malades ont continué comme d'habitude.

— Le président annonce à l'Académie la perte qu'elle vient de faire de l'un de ses membres, M. Alibert, professeur à la Faculté de médecine de Paris et médecin en chef de l'hôpital St-Louis.

Biberon de M. Langevin. — M. Lebreton fait un rapport sur un biberon soumis à l'académie par M. Langevin. On a reproché aux biberons jusqu'ici mis en usage pour nourrir les enfants, de laisser le lait se refroidir promptement et de le verser en trop grande ou en trop petite quantité dans la bouche. Un autre inconvénient est celui qui provient de leur confection même et qui fait que, par le défaut de soin, ils s'altèrent facilement et deviennent d'un entretien dispendieux. Le biberon de M. Langevin paraît à M. le rapporteur présenter toutes les conditions qu'on peut désirer. Il consiste : 1°. en un flacon de verre dont le goulot est fermé par un bouchon de liège traversé par une tige d'argent creuse ; 2°. en un tube lequel porte à une de ses extrémités, un réservoir dont le couvercle est percé comme un écumoir. L'autre extrémité est terminée par un mamelon de racine de guimauve. Cette portion de l'instrument peut se renouveler autant que l'on veut, puisqu'elle ne coûte que 1 centime et demi. M. le rapporteur conclut à ce que l'on vote des encouragements à l'inventeur. — M. Boullay objecte que la racine de guimauve s'effile et se divise dans la bouche de l'enfant en filaments qui peuvent être avalés et donner lieu à des accidents de suffocation. Les biberons faits avec la tétine de vache lui semblent préférables. Ces biberons se conservent facilement quand ils ont été bien préparés. En tous cas, les biberons en liège, substance peu altérable et du plus bas prix, lui paraîtraient préférables à ceux en racine de guimauve. M. Moreau pense aussi que les biberons en liège de M. Darbo valent mieux. Il reproche à l'instrument de M. Langevin une complication qui est un défaut lorsque cet instrument est destiné à des personnes souvent maladroites. Du reste, il annonce que l'académie entendra bientôt un rapport sur un nouveau biberon qui lui paraît remplir toutes les conditions désirables. — Les conclusions du rapport sont adoptées.

Vétérinaire. — M. Boulley jeune, fait en son nom et celui de M. Dupuy, des rapports sur deux Mémoires de M. Nanzio, directeur de l'école vétérinaire de Naples : l'un sur un *nouveau procédé pour guérir quelques claudications du cheval* ; le 2° sur une *Nouvelle*

méthode de traitement de la fourbure. Le premier Mémoire est renvoyé au comité de publication.

Séance du 14 novembre. — Cette séance a été remplie principalement par la lecture et la discussion d'un projet de lettre à M. le ministre du commerce sur la législation qui régit les brevets d'invention pour remède. Cette lettre, rédigée par M. Adelon, a pour conclusion : 1°. Qu'à l'avenir l'autorité s'interdise la faculté d'accorder des brevets d'invention pour remèdes; 2°. que ceux qui demandent des brevets d'invention pour *cosmétiques* ou *comestibles* soient tenus de fournir au préalable un rapport de l'académie de médecine. — Le projet de lettre de la commission est adopté.

L'académie sur un rapport de M. Pariset, adopte la proposition de placer le buste de Portal dans la salle des séances.

Séance du 21. — Cette séance n'a présenté ensuite d'important que la lecture faite par M. Bouillaud de la première partie de son rapport sur les expériences de M. Amussat relative à l'introduction de l'air dans les veines. Dans cette première partie, M. le rapporteur expose l'historique de la question, et résume la discussion à laquelle elle a précédemment donné lieu dans le sein de l'académie.

Eaux minérales de Chateldon. — M. Boullay expose les résultats de l'analyse des eaux minérales de Chateldon, analyse demandée à l'académie par l'autorité supérieure. Ces eaux sont limpides, gazeuses, pétillantes; elles sont froides et font éprouver au palais une saveur agréable légérement astringente. Elles sont composées d'une grande quantité de gaz acide carbonique, gaz qui doit nécessairement être plus abondant à la source; de carbonates de chaux, de magnésie, de soude, de potasse; de sulfates de soude et de chaux; de chlorures de sodium et de magnésie; de fer. Ces eaux paraissent donc se rapporter, comme cela était depuis longtemps reconnu, à la classe des eaux acidulées ferrugineuses.

Séance du 28. — M. Louis fait un rapport sur un Mémoire de M. Martens sur les *syphilides*. Nous reviendrons sur ce travail important dans notre prochain numéro.

Introduction de l'air dans les veines. — M. Bouillaud continue la lecture de son rapport : dans cette deuxième partie, le rapporteur décrit les expériences faites devant la commission par M. Amussat, et indique les conséquences qu'on en peut déduire. Ces expériences, au nombre de quarante-huit, ont été faites sur des chiens de différentes tailles et sur des chevaux. Chaque expé-

rience a été répétée un grand nombre de fois avant d'être adoptée par la commission. On a d'abord agi sur des chiens bien portants, en produisant l'introduction de l'air, tantôt spontanée, tantôt insufflée de la poitrine d'un homme. Dans le premier cas, on mettait une des grosses veines du sommet de la poitrine de l'animal à découvert ; on l'ouvrait largement, on écartait les deux bords pour faciliter la précipitation de l'air, et à l'instant même une sorte de bruit avait lieu, qui annonçait l'immersion du fluide. La mort arrivait plus ou moins long-temps après, ainsi qu'on va le voir tout à l'heure. Dans le second cas, on introduisait une sonde dans la veine, et un homme y insufflait l'air de ses poumons. Constamment dans ce cas, la mort avait lieu plus promptement que dans le cas précédent.

On a encore agi d'après des deux procédés sur des animaux préalablement affaiblis à l'aide de saignées, pour imiter l'homme en état de maladie. Constamment la mort a été plus prompte dans cette catégorie d'expériences, relativement aux cas où l'animal était bien portant ; mais constamment aussi, l'air insufflé des poumons a produit des effets plus délétères et plus promptement mortels que dans les cas d'introduction spontanée.

Toutes les fois que sur un animal on ouvre une veine voisine du cœur, l'air entre spontanément dans cette veine, fait entendre un bruit particulier qu'on ne saurait mieux comparer qu'au *lappement* pour les chiens, à un *glou-glou* pour les chevaux. Ce bruit est constant, caractéristique. A ce signe, il faut en ajouter un autre, c'est un bruit de soufflet que l'oreille perçoit distinctement, lorsqu'on l'approche de la région du cœur.

Dès qu'on a entendu le bruit qui annonce que l'air pénètre dans la veine, on voit la respiration devenir de plus en plus fréquente ; la circulation s'accélère dans la même proportion ; l'urine et les matières fécales s'échappent spontanément, et bientôt les animaux succombent

La mort a eu lieu, en général, dans l'espace de quelques minutes à quelques heures, selon le volume, la force de l'animal, la qualité et la quantité de l'air introduit.

Les autopsies de ces quatre séries d'animaux ont donné constamment les mêmes résultats ; savoir chez les chiens, le cœur droit est fortement dilaté de sang mousseux, de même que les veines voisines qui en dépendent. Chez les chevaux, au contraire, non seulement le cœur droit était plein d'air, mais encore le gauche, les artères carotides et intra-crâniennes ; et si l'animal n'était pas mort très-promptement, de l'air était également rencontré dans

l'aorte, dans les artères crurales et dans tout le système artériel.

S'étant enfin occupée de l'appréciation de la valeur des moyens proposés pour prévenir ou pour guérir le terrible accident, la commission s'est convaincue expérimentalement que le procédé de Nysten (compression de la poitrine), que celui de M. Magendie (aspiration à l'aide d'une sonde), étaient insuffisans, car ils n'ont pas empêché les animaux de succomber. La compression même de la poitrine n'a pu empêcher non plus l'air de se précipiter dans le cœur.

Tel est le résumé des expériences de M. Amussat, que M Bouillaud a exposées avec tous les détails convenables.

M. le rapporteur se livre ensuite à des considérations qui lui ont été suggérées par les faits précédents. Ces considérations portent sur le mécanisme de l'introduction de l'air dans les veines, sur les symptômes que cette introduction occasionne, les altérations pathologiques qu'elle laisse après elle, les moyens propres à y remédier, et les déductions qu'on peut en tirer.

Pour ce qui est du mécanisme du phénomène, la commission ne peut se défendre de reconnaître l'action aspirante du cœur et des parois de la poitrine à chaque inspiration. Au moment, en effet, où l'événement se prépare, on voit dans l'ouverture de la veine une sorte de flux et reflux du sang, dus à l'action du cœur et des parois thoraciques.

M. le rapporteur reconnait la constance d'un fait signalé par M. Amussat, savoir, la précipitation inévitable de l'air dans la poitrine, toutes les fois qu'une veine jugulaire est largement ouverte vers le sommet du thorax.

Quant aux causes de la terminaison mortelle de l'accident, M. Bouillaud place en première ligne, avec Nysten, l'action mécanique de l'air sur le cœur, qui paralyse en quelque sorte cet organe; vient ensuite l'influence du même fluide dans les veines pulmonaires, qui agit également en comprimant fâcheusement l'organe respirateur ; et chez les animaux dont l'air aspiré passe dans le système artériel, comme chez le cheval, il faut aussi mettre en ligne de compte l'action comprimante du même fluide sur le cœur gauche et sur le cerveau. Maintenant, pourquoi l'air des poumons d'un homme doit-il agir plus fâcheusement que celui de l'atmosphère? M. le rapporteur attribue cet effet à l'état de désoxygénation ou de presque méphitisme dans lequel l'air expiré se trouve. Il pense enfin que l'espèce de rougeur phlogistique que la cavité droite du cœur a présentée chez les animaux

soumis à l'autopsie doit être aussi considérée comme nn antre élément de la mort qui les frappe.

Passant ensuite à la question de savoir si l'introduction de l'air dans les veines s'était jamais réellement présentée chez l'homme pendant des opérations chirnrgicales, M. Bouillaud répond affirmativement : l'analyso des cinq observations qu'il a rappelées dans la première partie du rapport lui en donnent la certitnde. Mais pourquoi, chez l'homme, la mort arrive-t-elle instantanément, comme par un coup de foudre, tandis que chez les animaux il se passe toujours d'nn quart d'heure à une demi-heure (terme moyen) avant que la mort arrive ? C'est là une circonstance, dit le rapportenr, dont l'explication nous échappe ; probablement cela tient à l'état maladif dans lequel l'homme qu'on opère se trouve, ou bien à l'influence do son moral agité par la crainte de l'opération, etc.

Quant aux moyens curatifs proposés jusqn'à ce jour, la Commission so voit obligée de les déclarer insuffisants, et de faire des vœux pour que de nouvelles recherches sur ce sujet amènent la découvorte de remèdes réellement efficaces.

M. le rapporteur conclut à ce que, attendu lo zèle quo M. Amussat a mis à faire habilement un si grand nombre d'expériences sous les yeux de la commission, des remerciements lui soient rendus.

La discussion dont ce rapport doit être le sujet, aura lieu dans les séances prochaines.

Insertion du cordon ombilical. (*Recherches médico-légales relatives à l'*).— M. Morcau, ayant été saisi d'une question grave de médecine légale, à l'occasion de circonstances qu'il ne peut point faire connaîtro en ce moment, communique à l'assemblée les résultats de ces recherches. Cette question est relative à la hauteur de l'insertion du cordon ombilical dans les différentes époques de la vie intra-utérine. On sait : 1°. quo, d'après les recherches de Chaussier, l'insertion du cordon à l'époque de neuf mois, est ou doit être exactement dans le milieu de la longueur du corps ; savoir, qu'il y a la même distance de l'ombilic aux talons, que du sommet de la tête à l'ombilic ; 2°. que dans les mois antérieurs à cette époque, l'inscrtion en question est d'autant plus voisine de la tête, que l'on s'approche des premiers mois de la conception ; 3°. et qu'enfin, chez l'adulte, il y a plus de distance de l'ombilic aux talons, que du sommet de la têto à l'ombilic. Ces changements s'expliquent par la raison qne, durant la vie intra-utérine, le développement principal a lieu du

côté du tronc, tandis qu'à compter de la naissance, l'accroissement se fait surtout du côté des membres pelviens. Aussi, chez l'homme développé, le milieu du corps répond-il vers le pubis plutôt que vers l'ombilic.

En examinant de nouveau ce sujet, M. Moreau a pris note exacte sur cent-cinq enfants nés à la Maternité, relativement à leur âge en naissant, à leur poids, leurs dimensions, etc. Pour ce qui est de l'insertion du cordon ombilical, il a trouvé que sur ce nombre il n'y en a eu que quatre seulement qui ont présenté à neuf mois l'insertion du cordon dans le milieu de la longueur du corps; chez les autres, l'insertion était toujours au-dessous de ce milieu de huit à neuf lignes (terme moyen); chez quelques-uns nés avant terme (du sixième au huitième mois), le cordon se trouvait implanté dans le milieu du corps.

Il conclut de ce qui précède, que la loi établie par Chaussier est erronée, et qu'au lieu de dire qu'à l'époque de neuf mois le cordon chez le fœtus est inséré dans le milieu du corps, il faut dire, au contraire, dorénavant, que cette insertion a lieu à 8 ou 9 lignes au dessous de ce milieu. L'instrument dont M. Moreau s'est servi pour prendre ces mesures ressemble à une sorte de petite caisse en bois, analogue au podomètre des cordonniers, fourni d'un curseur et d'une échelle graduée. Le petit enfant est couché dans cette caisse, retenu par les genoux et la tête, et mesuré en un instant horizontalement, comme les conscrits le sont verticalement. Le curseur passant par dessus le corps, marque exactement les rapports de l'insertion du cordon, etc. — M. Moreau dépose sur le bureau les tableaux détaillés qui forment la base de sa conclusion.

Après quelques remarques de divers membres, M. Gerdy fait observer combien il est difficile de dire quelque chose de précis quand il s'agit d'organogénésie ou de développement des organes. Ainsi les résultats de M. Moreau contredisent ceux de Chaussier; les résultats d'autres observateurs contrediront ceux de M. Moreau. M. Gerdy pense que les variations s'accroîtront à mesure qu'on multipliera les faits du même ordre. Il en est de même de la formation des intestins, des os et de la plupart des organes. Il est impossible en pareille matière de poser des règles fixes, invariables, et les données de l'organogénésie lui semblent peu propres à éclairer la justice.

Académie royale des Sciences.

Dans des séances antérieures à celles dont nous avons rendu compte (celles dn 25 septembre, des 2 et 10 octobre), il a été question de sujets sur lesquels nous croyons devoir revenir, le défaut d'espace nous ayant empêché de nous en occuper dans le dernier numéro.

Séance du 25 *septembre.* — FRACTURES. — M. Velpeau lit une note sur le traitement des fractures. Ce praticien pense que dans toutes les fractures, même celles qui sont accompagnées de plaies aux téguments, il faut procéder immédiatement à la réduction. La fracture réduite, il entoure le membre, depuis la racine des doigts ou des orteils jusqu'à l'extrémifé supérieure, d'un bandage légèrement compressif pour maintenir les fragments dans la direction convenable : au lieu d'employer des attelles et des coussinets, il rend rigide l'enveloppe formée par la bande, en l'imprégnant, à l'exemple de M. Seutin de Bruxelles, d'amidon préparé à la manière des blanchisseuses ; mais ce dernier chirurgien se sert d'un appareil différent : savoir d'un double bandage de Scultet, de coussinets, d'attelles de carton. La dessication de tout l'appareil s'opère dans l'espace de deux à quatre jours. Une fois qu'elle est opérée, le membre et le bandage sont si exactement calqués l'un sur l'autre qu'il n'y a plus de déplacement possible. La compression, étant égale et modérée partout, soutient les tissus et ne cause pas la moindre gêne. Aussi les malades peuvent-ils se mouvoir dans leur lit comme s'ils n'avaient qu'une simple contusion à la jambe ; ils ne sont pas obligés à rester pendant six semaines ou deux mois couchés et immobiles ; ils peuvent sans inconvénient, s'asseoir sur un siége un peu haut, (car il leur est permis de fléchir modérément la jambe, et marcher à l'aide de béquilles, le pied étant soutenu d'un grand étrier qu'on noue autour du cou.

ADHÉRENCES DES MEMBRANES SÉREUSES, CURE RADICALE DES HERNIES. — M. Belmas lit un mémoire sur le *développement des adhérences des membranes séreuses, et le parti qu'on en peut tirer dans le traitement de plusieurs affections chirurgicales.* L'auteur rappelle ses expériences et ses essais pour développer à volonté des adhérences

dans les membranes séreuses, à l'aide de petites vésicules de peau de baudruche pleines d'air, fixées au moyen d'un petit tube métallique dans un des points des parois internes du ventre de certains animaux. Comme le collet de ces vésicules offrait trop peu de solidité pour résister aux frottements exercés par les intestins, elles étaient constamment emportées loin du lieu de leur insertion; il fallut donc renoncer à ce genre d'expériences. Cependant, dit l'auteur, elles ont servi de base à un procédé à l'aide duquel plusieurs guérisons ont été observées. Pour bien observer les effets résultants de la présence des vésicules et prévenir leur rupture, elles ont été, dans des expériences suivantes, abandonnées librement au milieu de la cavité du ventre de plusieurs chiens. Le résultat définitif a été l'absorption du corps étranger et l'adhérence des parties dans le lieu qu'il occupait.

Pour appliquer ce fait à l'oblitération du col des sacs herniaires, l'auteur, après avoir expérimenté sur un grand nombre de chiens affectés de hernie, a fait plusieurs tentatives sur l'homme. L'observation des phénomènes lui ayant démontré que la quantité de matière animale était beaucoup trop considérable, il a essayé l'action de simples filaments de gélatine desséchée, recouverts par de petites lanières de peau de baudruche. Une fois maître de développer des adhérences linéaires entre les feuillets séreux à l'aide de ce nouvel agent, M. Belmas a fait construire une petite aiguille de forme particulière, au moyen de laquelle il porte ces filaments dans le col des sacs herniaires. Sur dix opérations pratiquées par son nouveau procédé, cinq guérisons ont été obtenues; dans trois cas, il y a eu récidive incomplète; enfin, sur deux individus, le retour de la maladie ne s'est pas fait long-temps attendre. Cependant, dit l'auteur, comme aucune de ces tentatives n'a été suivie du plus léger accident; il reste à espérer que plus d'habitude dans la pratique de l'opération, une compression plus régulière exercée par l'anneau, à l'aide de nouveaux moyens compresseurs, conduiront à des résultats plus satisfaisants.

Séance du 10 *octobre.* Aliénations mentales. — M. Brière de Boismont lit un mémoire ayant pour titre : *De l'influence de la civilisation sur le développement de la folie.* Après avoir passé en revue les différentes pays sur lesquelles il a pu se procurer des renseignements sur le plus ou moins de fréquence de la folie, il poursuit ainsi : Ce que nous venons d'exposer nous donne le droit de considérer l'aliénation mentale comme un produit de la civilisation. Nous l'avons vue, en effet, atteindre son plus haut degré de développement chez les nations les plus éclairées, diminuer à me-

26.

sure que nous pénétrions dans les gouvernements despotiques ou dans les contrées nouvellement émancipées, et disparaître presque entièrement lorsque nos recherches nous ont conduit au milieu des peuplades sauvages. Pour donner à cette proposition un dernier degré d'évidence, l'auteur compare le nombre des fous des principales capitales avec la population de ces villes, et le chiffre total des aliénés avec celui de la population générale de chaque contrée. Voici le tableau qu'il en présente.

CAPITALES.	POPULATION.	FOUS.
Londrès	1,400,000.	7,000.
Paris	890,000.	4,000.
Pétersbourg	377,000.	120.
Naples	364,000.	479.
Le Caire	330,000.	14.
Madrid	201,000.	60.
Rome	154,000.	320.
Milan	150,000.	618.
Turin	114,000.	331.
Florence	80,000.	236.
Dresde	70,000.	150.
PAYS.	**POPULATION.**	**FOUS.**
Etat de New-York	1,617,458.	2,240.
Angleterre	12,700,000.	16,222.
Ecosse	2,093,454.	3,652.
Norwège	1,051,318.	1,909.
France	32,000,000.	32,000.
Belgique	3,816,000.	3,763.
Hollande	2,302,000.	2,300.
Italie	16,789,000.	3,441.
Espagne	4,085,366.	69.

Séance du 6 *novembre.* — COMPRESSION DES ARTÈRES EMPLOYÉE COMME MOYEN ANTIPHLOGISTIQUE. — M. Malapert lit une note sur ce sujet. Partant de l'idée que la congestion sanguine est la cause de l'inflammation, l'auteur pense que un bon moyen pour combattre ou pour prévenir cette maladie serait d'empêcher le sang artériel de s'y porter en grande quantité et de faciliter le cours du sang veineux. Dès 1832 M. Malapert s'est, dit-il, occupé de mettre

cette idée à exécution, et les résultats qu'il en a obtenus lui paraissent satisfaisants. Des encéphalites, des entorses, des plaies, des fractures compliquées, ont été traités avec succès par cette méthode. Du reste, le travail de M. Malapert ne renferme aucune observation détaillée qui puisse être reproduite.

Produit des sécrétions non organisables.—M. Bonnet, Chirurgien en Chef désigné des Hôpitaux de Lyon, lit un mémoire sur les produits des sécrétions morbides qui ne s'organisent point, tels que la sérosité, le pus, les matières diverses renfermées dans des kystes. Les analyses qu'il a faites de ces produits l'ont conduit à établir qu'ils ne contiennent que les principes immédiats qui existent dans le sang, et ne diffèrent entr'eux que par le nombre, la nature et la proportion de ceux d'entre ces principes qui les composent. Il établit ainsi que les matières gélatiniformes que l'on trouve dans les kystes ont la même composition que la sérosité du sang moins l'albumine; que les matières enkystées qu'on a désignées sons le nom de méliceris, ne diffèrent des matières gélatiniformes que par ce qu'il s'y trouve un peu de matière colorante du sang; que les principes immédiats du pus sont ceux du sang moins la matière colorante; qu'il en est de même de ceux des athérômes, mais avec des proportions différentes.

Ces résultats déduits des analyses chimiques, M. Bonnet les compare avec ceux qui sont fournis par les observations au lit du malade, et tâche de montrer l'accord qu'ont entre eux les faits observés par ces deux méthodes. Ainsi il fait voir que du moment où l'on sait que les produits des sécrétions morbides ne contiennent que les principes immédiats du sang, il est facile de comprendre comment tout tissu, tout organe est apte à les produire. Il montre que s'ils ne s'organisent point, c'est que les uns, la sérosité, les méliceris par exemple, ne contiennent point de fibrine; et que les autres, ceux dans lesquels ce principe immédiat est en proportion suffisante, sont placés dans des conditions physiques défavorables à l'organisation, leurs parties fibrineuses étant séparées des tissus vivans et isolées les unes des autres. M. Bonnet termine en montrant que, si l'absorption de quelques-uns de ces produits, celle du pus par exemple, est suivie d'accidents graves, c'est parce qu'il s'y développe par la putréfaction, de l'hydrosulfate d'ammoniaque, poison septique qui est résorbé avec la sérosité dans laquelle il est dissous. Il rappelle qu'il a démontré dans un numéro récemment publié par la *Gazette médicale*, l'existence de l'hydrosulfate

d'ammoniaque dans le pus putréfié, et celle de ce poison septique dans le sang et les urines d'un malade soumis à la résorption d'un pus ainsi altéré par sa décomposition.

Séance du 21. — COMPRESSION DES ARTÈRES. — M. Dezeimeris écrit à l'Académie pour réclamer contre les prétentions de plusieurs médecins à l'invention de ce moyen employé comme agent thérapeutique, sur lequel il avait depuis plusieurs années attiré l'attention des praticiens. Ce n'est ni ces messieurs, ni moi, dit-il, qui sommes inventeurs de la compression de la carotide : car, avant nous, Preston avait lié ce vaisseau dans des cas d'épilepsie réputée incurable. Avant Preston, M. Blaud avait comprimé la carotide dans la fièvre cérébrale; avant M. Blaud, Autheurieth avait employé le même moyen dans les convulsions ; avant Antenrieth, Liston y avait eu recours pour une névralgie maxillaire; avant Liston, Earle s'en était servi avec avantage contre l'épilepsie ; avant Earle, Livington et Kellie avaient employé la compression artérielle contre le rhumatisme; avant ces deux médecins, Ludlow en avait usé contre la goutte; et avant tous, Parry, de Bath, le véritable inventeur de la compression des artères et particulièrement des carotides, avait non seulement senti l'utilité de ce moyen pour tous ces cas, mais l'avait encore employé pour plusieurs autres, et avait été, en tout ce qui touche à la connaissance de ce sujet, fort au-delà de ce qu'en ont su ses successeurs, en comprenant dans leur nombre nos trois inventeurs les plus modernes, venus tout juste un demi siècle après lui.

ALTÉRATION DU SANG PAR L'INFLAMMATION. — M. Gluge adresse une note sur ce sujet. Il est prouvé par les expériences et les observations des physiologistes que, pendant une certaine période de l'inflammation, le sang contenu dans les vaisseaux capillaires s'arrête et reste immobile. Cette suspension dans son mouvement ne coïncide-t-elle pas avec quelque changement dans sa constitution? C'est ce qu'il était intéressant de rechercher.

Si l'on examine les vaisseaux capillaires pendant la première période de l'inflammation, par exemple dans l'engouement des poumons dit inflammatoire, on ne trouve plus de sang rouge, solidifié ou liquide, mais une masse noirâtre dans laquelle on aperçoit de petits vides, et qui, examinée sous un fort grossissement, se montre être une agglomération de globules ayant le diamètre 1/400 à 1/500 de millimètre. Ces globules isolés sont parfaitement transparents ; mais leur agglomération, qui se fait par l'in-

termédiaire d'une substance blanchâtre, est, comme il a été dit, à peu près opaque. Il paraît que ces petits corps ne sont autre chose que les globules sanguins réduits à leur noyau, l'enveloppe ayant été détruite par l'effet d'un travail pathologique.

La connaissance de cette transformation du sang dans les vaisseaux, dit M. Gluge, peut jeter du jour sur quelques points de pathologie. On a remarqué par exemple que, dans quelques hydropisies, il y a un changement dans la substance corticale des reins, qui se décolore, augmente de volume et présente une apparence granuleuse. Les auteurs diffèrent beaucoup d'opinion sur la nature de cette affection qui est connue sous le nom de *maladie de Bright*. L'altération a lieu dans ce que l'on nomme les corps de Malpighi, corps formés par la terminaison et les anastomoses des vaisseaux sanguins qui accompagnent les canaux urinifères. Maintenant, si, dans un rein ainsi altéré, on examine les corps de Malpighi, on voit que les capillaires qui les constituent ne contiennent plus de sang à l'état sain, mais des agglomérations innombrables de globules, tels que ceux dont il a été question plus haut.

Structure élémentaire des muscles. — M. Mandl adresse un Mémoire sur ce sujet. Les observateurs qui ont traité de la structure élémentaire des muscles, sont loin d'être arrivés aux mêmes résultats. Cette divergence, suivant M. Mandl, tient bien moins à des erreurs de microscope, qu'à ce qu'on a étudié la fibre dans des circonstances qui n'étaient pas les mêmes et où elle présentait en effet des aspects très-différents.

Les muscles frais, et dans le premier ou deuxième jour de macération, présentent des fibres primitives de longueur indéterminée et dont le diamètre est de un à deux centièmes de millimètre. Tout le long de ces fibres primitives se trouvent des stries transversales, blanches et noires. Les stries blanches offrent l'aspect d'anneaux embrassant la fibre, une fibre cylindrique. Ces stries sont-elles des fibres transversales ou seulement des plis causés par la contraction musculaire ; c'est ce que l'observation n'a pas encore suffisamment montré. Quoi qu'il en soit, au bout de quinze à vingt jours de macération, cette apparence d'anneaux a disparu et la fibre élémentaire est remplacée par une centaine de fibres parallèles les unes aux autres et sans anastomoses. Ces dernières fibres sont désignées par l'auteur, sous le nom de fibres

primitives; la même chose s'observe dans les muscles du mouvement volontaire et dans ceux du mouvement involontaire.

VARIÉTÉS.

Ouverture des cours de la Faculté de médecine de Paris. — Séance publique.— Discours du professeur Moreau. — Concours pour une chaire d'hygiène.

La séance d'ouverture de la Faculté de médecine de Paris a attiré, cette année, une nombreuse réunion d'élèves et de médecins. Une circonstance particulière ajoutait à l'intérêt de cette solennité. Trois professeurs ont été frappés de mort durant le cours de l'année 1836-1837, et, suivant l'usage, on devait payer à leur mémoire un juste tribut d'éloges.

C'est M. le professeur Moreau qui a été chargé de cette tâche honorable : il a passé successivement en revue les faits principaux qui marquent dans la vie de Desgenettes, de Dubois et de Deyeux; ces trois illustrations médicales qui ont jeté tant d'éclat sur le corps enseignant auquel elles appartenaient, ces hommes qui, à des titres différents, ont joui d'un grand renom dans le monde savant. Le discours remarquable M. Moreau a été accueilli par des applaudissements nombreux.

M le professeur Velpeau a fait connaître les étudiants en médecine et les élèves sage-femmes qui ont obtenu des prix dans les concours ouverts devant la Faculté de médecine de Paris, puis il a donné l'indication des prix qui sont proposés pour l'année prochaine.

Prix fondé par Monthion. — Il y aura tous les ans un concours pour un prix qui sera accordé à l'auteur du meilleur mémoire adressé à la Faculté de médecine de Paris, sur les maladies prédominantes dans l'année précédente, les caractères et les symptômes de ces maladies, les moyens de les guérir, etc...

Ce prix, consistant en une médaille d'or de la valeur de 400 fr., sera décerné dans la séance publique de la Faculté.

Les mémoires pour le prix de 1838 ne seront pas reçus passé le 1er. août de la même année.

Prix fondé par Corvisart.—La Faculté a arrêté pour sujet du prix de clinique à décerner en 1838, la question suivante : Chercher à déterminer, d'après les faits observés dans les cliniques médicales de la Faculté, les effets des vomitifs sur la marche des maladies.

Du 15 août au 1er. septembre 1838, chacun des concurrents remettra au secrétariat de la Faculté : 1° les observations recueillies au n° du lit qui lui aura été indiqué ; 2° la réponse à la question proposée.

— On a mis en question la nécessité d'un enseignement particulier pour l'hygiène dans la Faculté de médecine de Paris ; on s'est demandé plusieurs fois, si cette branche de l'enseignement médical ne paraît pas rentrer naturellement dans l'étude de la physiologie et dans celle de la pathologie, on lui a même refusé titre de science, prétendant qu'il n'existe pas de faits qui rentrent naturellement dans son domaine et qu'elle ne consiste qu'en des emprunts opérés à toutes les autres connaissances du médecin.

Nous ne prétendons pas discuter cette assertion qui paraît ne pas pouvoir se soutenir en présence du concours brillant qui est ouvert en ce moment devant la Faculté de médecine. Treize concurrents, prenant au sérieux la réalité de l'hygiène envisagée comme science, se sont inscrits pour se disputer la chaire laissée vacante par la mort de Desgenettes ; ce sont MM. Briquet, Casimir Broussais, Foissac, Guérard, Menière, Motard, Perrin, Piorry, Requin, Rochoux, Royer-Collard, Sanson et Trousseau.

Le concours repose sur les épreuves suivantes : une composition écrite rédigée en six heures, séance tenante ; une leçon après 24 heures de préparation, une leçon après trois heures de préparation, une thèse contenant l'indication d'un plan à suivre dans l'enseignement de l'hygiène et la réponse à une question tirée au sort et posée par les membres du jury, des argumentations sur cette thèse.

MM. Adelon, Bérard, Chomel, Fonquier, Marjolin, Pelletan, Orfila, pour la Faculté, Delens, Gasc, Londe, Renauldin, pour l'Académie siègent en qualité de membres du jury, MM. Richard et Pelletier siègent en qualité de suppléants.

Les deux premières épreuves sont déjà terminées. La question écrite a été posée de la manière suivante : De l'influence de l'air atmosphérique sur l'homme vivant, sous les différents rapports de la pression, de la composition, de la température, de son degré d'humidité, de son état électrique ; donner la méthode pour con-

stater et mesurer ces qualités de l'air. Cette composition a été généralement bien traitée par MM. les candidats.

Les questions suivantes ont fait le sujet des diverses leçons après vingt-quatre heures de préparation :

1°. Des grands établissements où les matières animales se putrifient, et de leur influence sur la santé, M. Foissac.

2°. Des diverses professions qui répandent dans l'air des corps solides très-divisés, sous le point de vue de leur influence sur la santé, M. Trousseau.

3°. De l'influence de la profession de mineur, sur la santé, M. Royer-Colard.

4°. De la vie militaire et de ses influences sur la santé, M Guérard.

5.° Le choix des aliments habituels est-il influencé par les climats, M. Sanson.

6° De l'hygiène des vieillards, M. Requin.

7°. Des habitudes et de leur influence sur la santé.—M. Ménière.

8°. De l'influence du travail intellectuel sur la santé. — M. Piorry.

9°. de l'influence du sommeil et de la veille sur la santé. — M. Rochoux.

10°. Du lait et de l'allaitement. — M. Briquet.

11° Du régime dans la convalescence. — M. Casimir Broussais.

12° Des bains liquides à différents degrés de température, et de leur influence sur l'homme en santé aux différents âges. — M. Motard.

13°. Des fosses d'aisance et de leur influence sur la santé des vidangeurs. — M. Perrin.

On peut dire qu'en général ces épreuves ont été soutenues brillamment; le nombre des concurrents, la multiplicité des épreuves nous fait croire que le concours ne sera terminé que vers le milieu du mois de janvier 1838.

BIBLIOGRAPHIE.

DICTIONNAIRE DE MÉDECINE *ou repertoire de sciences médicales* etc., *par* MM. ADELON, BÉCLARD, etc. 2e édition, tom. 16. HYD-INT.

Le premier article de ce volume, HYDROPISIE, a été écrit par M. Littré. Le langage médical, qui est rarement précis, dit l'auteur, attendu qu'il a été formé bien plus par le mélange successif des théories et des faits, que par un esprit de système, et d'après les règles d'une classification scientifique, attribue le nom d'hydropysie à des états divers, entre lesquels il faut, avant tout, poser une limite. M. Littré réserve cette appellation aux seuls épanchements dans les mailles du tissu cellulaire et dans les cavités séreuses et synoviales: tel est l'objet exclusif de son article.

Les hydropisies dépendent d'un grand nombre de causes qui établissent entre elles des différences essentielles, et qu'il est nécessaire de signaler. Parmi ces causes figurent en première ligne les obstacles à la portion veineuse de la circulation générale; puis, ceux qui, portant sur l'ensemble de cette circulation, ont pour point de départ une maladie du cœur. A cette occasion, l'auteur fait remarquer qu'il faut rattacher sans doute à la lenteur et à la faiblesse du mouvement circulatoire, l'œdème qui se manifeste dans les membres inférieurs, surtout le soir, chez les personnes convalescentes d'une maladie longue, qui les a beaucoup affaiblies. Les auteurs anglais, et particulièrement le docteur Abercrombie, attribuent à une affection des poumons la production d'une hydropisie sur la cause de laquelle M. Littré élève des doutes judicieux. D'après les auteurs anglais, la maladie survient soudainement à la suite d'une exposition subite au froid. Le premier symptôme est de l'oppression, et le gonflement hydropique se manifeste dans un court espèce de temps, souvent dans peu d'heures. M. Littré fait remarquer que l'absence de tout examen cadavérique ne permet pas de se former une opinion sur ce sujet; que le début de l'œdème par la face pourrait tenir à la formation de caillots dans les grosses veines supérieures, comme il en a vu des exemples; et enfin, que la coagulabilité de l'urine, observée quel-

quefois par Abercrombie, porte à croire que ce médecin n'a pas fait le départ des cas avec un détail suffisant pour lever tous les doutes. Les auteurs anglais attribuent aussi l'hydropisie à certaines bronchites chroniques; mais, dit M. Littré, on ne voit rien de semblable à Paris. Toutefois, il a rapproché de cette opinion un fait curieux, emprunté à Baglivi, et dans lequel on voit le gonflement des pieds et la tuméfaction du ventre dépendre d'une gêne notable dans la respiration.

M. Littré parle ensuite des hydropisies qui se manifestent par l'effet du froid dans la convalescence des fièvres exanthématiques, de celles qui succèdent à la disparition subite d'une éruption cutanée, qui sont liées à des altérations diverses de la menstruation, et à la suppression ou au dérangement du flux hémorrhoïdal, qui ont pour cause une lésion de tissu du foie, ou l'engorgement chronique de la rate. Les phlegmasies des membranes séreuses, les cachexies cancéreuses, scrofuleuses, etc, et tout ce qui débilite profondément la constitution, sont des causes incontestées d'hydropisie.

Une des hydropisies les plus remarquables, sur laquelle l'attention n'a été appelée que depuis un petit nombre d'années, est celle qui se lie à une affection particulière des reins. M. Littré a cru devoir faire connaître les résultats principaux des recherches de M. Rayer sur l'affection désignée par le nom de *maladie de Bright*, et à laquelle ce pathologiste a donné celui de *néphrite albumineuse*. Enfin M. Littré n'a pas omis de signaler les cas dans lesquels l'hydropisie ne peut se rattacher à aucune des causes dont l'énumération précède.

Après quelques mots sur les altérations anatomiques que présentent à étudier les hydropisies considérées en général; sur les caractères des liquides épanchés et de l'urine, et sur l'altération du sang, l'auteur aborde l'histoire des opinions sur l'hydropisie. Il prend l'histoire des hydropisies aux temps hippocratiques, et la conduit jusqu'à nos jours, en comparant sans cesse les anciennes opinions aux nouvelles, et tenant compte surtout des expériences des physiologistes modernes. Du rang de maladie qu'elle avait dans l'ancienne médecine, dit l'auteur, l'hydropisie est passée au rang de symptôme, et tandis qu'autrefois elle paraissait comprendre un ensemble assez grand pour recevoir une description générale, elle n'a plus aujourd'hui de commun que l'épanchement de liquide et les conditions très-secondaires qui naissent de cet épanchement, etc.

M. Littré étudie ensuite les terminaisons, le prognostic, le diagnostic et le traitement général des hydropisies. Il a donné quelques développements à cette dernière partie. Il passe en revue les divers moyens thérapeutiques qui conviennent dans les cas divers d'hydropisie, fait connaître assez longuement les remèdes hydragogues et les moyens par lesquels on procure l'issue des eaux, et dit quelques mots sur le régime des hydropiques. Cet article est suivi d'une longue bibliographie par M. Raige-Delorme.

L'article INFANTICIDE, par M. Marc, est une véritable monographie, dans laquelle rien d'important n'a été omis. M. Marc, précisant la signification du mot infanticide, l'emploie pour exprimer le meurtre d'un enfant nouveau-né. Aussi, la première question qui se présentait ici était celle de savoir jusqu'à quelle époque, après sa naissance, un enfant doit être considéré comme nouveau-né ; cette question a été résolue d'une manière satisfaisante par M. Ollivier (d'Angers), qui, basant sa doctrine sur un fait positif et constant, a proposé, avec raison, de ne considérer comme nouveau-né, que l'enfant chez lequel la chute du cordon ombilical n'a pas encore eu lieu. M. Marc adopte entièrement cette manière de voir. L'infanticide peut être considéré d'une manière générale, sous le point de vue de l'hygiène publique et sous celui de la médecine légale; c'est sous le dernier point de vue, particulièrement, qu'il a été envisagé dans cet article. Pour présenter l'ensemble des faits et des considérations qui se rattachent à son sujet, l'auteur s'est conformé, à peu près, à la marche des enquêtes judiciaires en matière d'infanticide ; cet ordre lui a paru le plus convenable, et, en effet, soit pour l'étude, soit pour les investigations judiciaires, c'est là la marche qui s'applique le mieux au plus grand nombre des cas. D'après cela, l'auteur a divisé son travail en trois grandes sections : dans la première, il recherche quelles sont les conditions relatives à l'état de l'enfant qui tendent à admettre ou à exclure la réalité de l'infanticide. La seconde a pour objet les conditions relatives à l'état physique et à l'état moral de la mère. Dans la troisième a été fait le rapprochement des phénomènes et des circonstances qui, chez l'enfant, ainsi que chez la mère, témoignent pour ou contre l'infanticide. Cette dernière partie renferme les règles qui dérivent de ce rapprochement, et d'après lesquelles on doit se guider pour constater définitivement le crime.

La première partie comprend des questions d'une haute importance et qui présentent de graves difficultés. L'auteur y traite :

1° de la viabilité de l'enfant; 2° des moyens qui servent à déterminer si le fœtus est mort né, on s'il a vécu après sa naissance; 3° des causes naturelles de la mort du fœtus. Le crime d'infanticide ne pouvant être effectué que sur un enfant vivant, une des premières tâches du médecin est de constater si l'enfant a vécu après après sa naissance. Pour résoudre cette question, il faut recourir à l'examen externe et à l'examen interne du cadavre. Les premières considérations qui se présentent sont donc celles qui ont rapport à l'inflnence de la putréfaction, relativement aux recherches médico-judiciaires en matière d'infanticide. Après avoir traité cette question en peu de mots, et avoir glissé rapidement sur l'examen externe du fœtus, M. Marc aborde une question qn'il a traitée largement, celle de l'examen interne du fœtus, pour reconnaître s'il a respiré après sa naissance. L'examen interne du fœtus, entrepris pour savoir s'il a respiré après sa naissance, consiste principalement en une suite de recherches et d'expériences auxquelles on soumet les organes de la respiration. C'est ce qu'on nomme la *docimasie pulmonaire*, et qu'on ferait mieux, dit M. Marc, d'appeler la docimasie de la respiration, puisque, pour compléter les inductions qu'on tire des changements produits dans les poumons par l'acte de la respiration, il faut mettre ces changements en rapport avec ceux que le même acte a déterminés dans d'autres organes.

L'auteur décrit d'abord le plus ancien des procédés docimasiques; la docimasie hydrostatique, dont on trouve des indices dans les œuvres de Galien. Il passe ensuite en revue les expériences de Plouquet, par le fil à plomb, l'expérience de Daniel, fondée sur l'augmentation de circonférence que le thorax et les poumons acquièrent par la respiration, et sur l'augmentation de pesanteur de ces derniers, et enfin la docimasie pulmonaire hydrostatique du docteur Bernt. Le procédé de M. Bernt a pour but de déterminer la volume ainsi que le poids absolu des poumons non modifiés par la respiration: *Tam volumen quam pondus pulmonum absolutum imminutum et auctum*, afin de pouvoir apprécier, par les termes que donnent ces modifications rigoureusement constatées, si un enfant a ou n'a pas respiré après sa naissance. Or, pour que la docimasie hydrostatique établisse ces termes, et que, par conséquent, elle devienne une épreuve aussi certaine qu'elle peut l'être, il faut, selon M. Bernt, employer un vose d'une capacité déterminée, et non arbitraire; il faut, en outre, que l'on ait les propriétés physiques et chimiques requises pour l'expérience. Le procédé du médecin allemand a été décrit

dans tous ses détails. M. Marc fait ensuite connaître plusieurs autres moyens d'apprécier si le fœtus à vécu, et qui sont fondés sur le degré de voussure du thorax, sur l'augmentation de poids des poumons, sur leur situation et leur volume, sur leur couleur, sur l'état du canal artériel, du trou ovale, du canal veineux et du cordon ombilical, et enfin sur l'état des intestins, de la vessie et du foie. Ces moyens ne doivent être considérés que comme auxiliaires, bien que les médecins légistes y aient attaché plus ou moins d'importance.

Après avoir ainsi exposé longuement les moyens d'investigation compris sous la dénomination de docimasie pulmonaire, l'auteur réunit dans un chapitre spécial toutes les objections applicables aux expériences qui constituent ces moyens d'investigation. Il serait trop long de le suivre dans cette partie de son travail, où il a développé autant d'érudition que de critique et de jugement. Je me bornerai à faire connaitre son opinion sur la réalité du vagissement utérin. M. Marc admet la possibilité des vagissements utérins. Cette croyance est fondée sur des faits irrécusables, et, en particulier, sur un cas intéressant qui lui a été transmis par le Dr. Henri. Il est donc possible qu'un enfant respire avant de naître ; faudra-t-il par cette seule raison renoncer entièrement aux expériences pulmonaires? Non; car, d'une part, ces expériences entreprises avec l'attention nécessaire seront toujours concluantes lorsqu'elles établiront que la respiration n'a pas eu lieu. D'autre part, elles deviendront indispensables pour être mises en rapport avec l'ensemble des autres données qui doivent concourir à apprécier la réalité de l'acte qualifié d'infanticide, soit dans l'intérêt de la défense, soit dans celui de l'accusation; seulement, il ne faudra pas, dans le dernier de ces intérêts, exiger du médecin plus que les bornes de son art ne lui permettront d'affirmer. Ici, M. Marc formule son opinion sur la valeur du vagissement utérin, sous le rapport des conditions dans lesquelles il peut avoir lieu, et sous celui des phénomènes constants que peuvent présenter les organes de la respiration chez les fœtus qui ont respiré ou crié avant leur expulsion. Mais je suis obligé de m'arrêter dans l'analyse de cet important article, qui résume, avec beaucoup de talent, l'état actuel de la science sur ce sujet.

M. Raige Delorme a enrichi cet article d'une biographie classée méthodiquement sous les cinq chefs suivants : 1°. Examen des signes que présentent le corps des nouveau-nés, suivant qu'ils étaient morts avant l'accouchement ou qu'ils ont vécu après. 2°.

Des signes que présentent les poumons suivant que l'enfant a vécu ou non, et de la docimasie pulmonaire. 3°. Examen des causes de la mort de l'enfant pendant l'accouchement. 4°. Examen de l'importance de la ligature du cordon ombilical pour les cas d'infanticide par omission. 5°. De l'infanticide, en général, et des lésions qui ont causé la mort des nouveau-nés.

L'article INFLAMMATION, par M. P. H. Bérard, ne doit être considéré que comme un article de physiologie pathologique, car l'auteur y a placé à peine quelques mots sur le sujet du traitement, pour lequel on renvoie au mot *Phlegmasie*. On y trouve d'abord la description des phénomènes locaux de l'inflammation : la rougeur, la douleur, la chaleur, etc. Il est inutile de s'arrêter sur ces sujets. Un chapitre plus important est celui qui a été consacré aux expériences microscopiques.

L'examen microscopique a permis de pénétrer jusque dans l'intimité des phénomènes organiques locaux de l'inflammation, et les résultats de ces recherches n'ont pas seulement fourni des détails curieux et *démonstratifs* du travail inflammatoire, ils donnent encore les bases les plus positives pour établir la théorie de cet état morbide. Tout le monde connait les expériences que Wilson Philips a le premier tentées, pour s'assurer du mode d'action des capillaires dans l'inflammation. Des expériences analogues out été faites par Thomson, Charles Hastings, etc. C'est surtout sur celles de Kaltenbrunner que l'auteur de cette article a insisté. Comme tous les autres expérimentateurs, Kaltenbrunner a vu d'abord le cours du sang s'accélérer; mais il a noté, avec un soin remarquable, la différence que la nature diverse des excitants peut apporter dans l'afflux du sang, dans son altération, dans la tension des vaisseaux, et dans l'étendue de l'affection. Il a également décrit avec une grande netteté la formation des *stases* qui succèdent à l'accélération de la circulation, qui se dissipent après une nouvelle stimulation, mais souvent pour reparaître plus considérables qu'elles n'étaient d'abord. Ici, se trouve la description de l'altération des vaisseaux capillaires, celle des caractères du sang, et enfin, la théorie de la formation des vaisseaux nouveaux.

L'auteur s'occupe ensuite des causes, de la marche et de la terminaison de l'inflammation. Ces généralités bien présentées n'offrent d'ailleurs rein de particulier. Suivant l'auteur, c'est à tort qu'on a nommé *terminaisons* de l'inflammation une foule de lésions qui continuent, plus ou moins fréquemment, le travail organique soulevé dans les parties affectées. Ces lésions, dans sa manière de

voir, doivent avoir chacune une histoire distincte. La seule terminaison réelle, ajoute-t-il, est la *résolution*, c'est-à-dire, la disparition progressive et complète des phénomènes inflammatoires, sans qu'il n'en reste plus aucune trace, les parties ayant recouvré dans toute leur intégrité leur apparence normale et le libre exercice de leurs fonctions. Si cette disparition est brusquée par un évènement quelconque qui vient interrompre le cours régulier de l'inflammation, on dit alors qu'il y a eu *délitescence*. Kaltenbrunner a encore parfaitement saisi ce qui se passe ici dans les capillaires: la circulation qui stagnait se ranime de la circonférence vers le centre du foyer; les vaisseaux se dégorgent par une crise qui se manifeste comme dans les congestions par l'explosion d'un liquide; l'expulsion ou la secrétion de ce liquide se fait à travers des canaux capillaires situés tout près du foyer inflammatoire, par des saccades courtes, répétées par intervalle; la matière expulsée, sanguine aux abords des plaies, varie d'ailleurs en se rapprochant plus ou moins des qualités de la sérosité pure.

Après avoir ainsi étudié l'inflammation dans ses phénomènes appréciables, l'auteur jette un coup-d'œil critique sur les principales théories par lesquelles on a cherché à en expliquer les phénomènes caractéristiques. Ensuite il explique les phénomènes les plus patents de l'inflammation par les modifications bien évidentes qu'ont subies les parties malades. Ainsi, il explique la rougeur, non-seulement par la plénitude des capillaires propres au lieu enflammé, mais encore par la formation de capillaires nouveaux; la tuméfaction, par la réplétion des vaisseaux, par la formation de capillaires nouveaux et par l'infiltration des tissus, etc., etc.

L'article Hernie inguinale est une œuvre de longue haleine. M. Velpeau débute par des remarques anatomiques très-précises et très-importantes. Ensuite il fait connaître les diverses espèces de hernies inguinales. Ces hernies se divisent en deux grandes classes : 1° la hernie inguinale externe; 2° la hernie inguinale interne. La hernie inguinale externe peut se présenter sous diverses formes. M. Velpeau en admet quatre : éventration sus-inguinale; hernie inguinale incomplète, qui elle-même présente quatre variétés; hernies inguinales par des ouvertures anormales, et hernie inguinale complète. La hernie inguinale interne, indiquée vaguement par Camper, décrite dans ses leçons publiques par Cline, vers le milieu du dernier siècle, admise généralement depuis les travaux de Hesselbach, est encore désignée par les noms de hernie inguinale directe ou de hernie ventro-inguinale. Après avoir ainsi

établi les espèces et les variétés de la hernie inguinale, l'auteur fait connaître la hernie congénitale ainsi que la hernie inguinale chez la femme.

Un des sujets les plus importants dans l'étude des hernies, c'est la composition de la tumeur herniaire. Toute hernie inguinale se compose d'une portion de viscères, d'un sac, et d'enveloppes accessoires. Ici se présente une question toute pratique : existe-t-il des hernies sans sac? La hernie du cœcum est celle qui a le plus occupé les chirurgiens modernes sous ce rapport. C'est la seule que Scarpa consent à regarder comme dépourvue de sac. M. Velpeau explique par les rapports anatomiques du cœcum la possibilité de l'absence du sac dans cette hernie.

La fréquence relative des hernies inguinales, leurs causes, leurs signes, leurs complications, leur pronostic, forment autant de chapitres du plus grand intérêt. L'article est terminé par des considérations étendues sur le traitement des hernies inguinales, et sur leur étranglement. Cette dernière partie comprend des notions complètes sur les sièges divers de l'étranglement, sur le taxis, et sur l'opération. Je me bornerai à faire connaître deux points importants qui se rattachent au traitement de la hernie inguinale. La pelote des brayers est généralement appliquée d'une manière peu conforme à la disposition anatomique des parties. Sous ce rapport, une réforme est nécessaire dans l'application et dans la forme des bandages. Pour que des guérisons radicales puissent être obtenues par ce moyen, et pour que les hernies soient maintenues réduites d'une manière sûre, il faut que la pelote du brayer exerce sa plus forte pression au-dessus du ligament de Poupart, vers l'union des deux tiers externes avec le tiers interne de l'espace qui sépare l'épine du pubis de l'épine antéro-supérieure de l'os iliaque, ou, comme le prescrit sir A. Cooper, au milieu de la ligne qui s'étend de l'épine iliaque à la symphyse pubienne. M. Velpeau corrobore encore ces propositions en s'appuyant sur les notions anatomiques. Le dernier point sur lequel je désire attirer l'attention, est la méthode de l'auteur pour la cure radicale de la hernie. Ce moyen consiste à injecter dans le sac, après la réduction, un mélange de six gros de teinture d'iode avec trois onces d'eau. Pendant l'injection, un aide, comprimant le canal inguinal, s'oppose à ce que la teinture d'iode puisse pénétrer dans le péritoine.

L'article FIÈVRE INTERMITTENTE occupe les cinquante dernières pages du volume. L'auteur en a donné lui-même un résumé excellent que je dois reproduire : « Je ne veux pas, dit-il terminer

cet article sans revenir très-brièvement sur les objets que j'y ai traités, et sur les idées de nosologie générale qui en résultent. J'ai présenté d'abord le tableau de la fièvre intermittente simple, type fondamental autour duquel tout le reste vient se grouper; cette maladie existe sans aucune lésion locale que l'on connaisse, et est surtout produite par l'influence des miasmes marécageux : elle se montre souvent dans cet état de simplicité; mais souvent aussi elle se complique d'affections diverses qui en modifient les symptômes, le caractère et le traitement. Outre les complications, la fièvre intermittente entraîne à sa suite, lorsqu'elle dure un certain temps, quelques altérations qui sont spéciales :

« La plus fréquente de toutes, celle qui se développe le plus tôt, et souvent même dès les premiers accès, c'est la tuméfaction de la rate; puis viennent diverses sortes d'hydropisies, qui tiennent, par d'étroits liens pathologiques, à la fièvre intermittente. Mais si cette fièvre est susceptible de recevoir des complications, on observe aussi, quoique plus rarement, des cas où, à son tour, elle devient complication, et se joint comme un symptôme à des lésions de diverse nature. J'en ai rapporté trois exemples très-différents, où l'on voit la fièvre intermittente jointe à une suppuration du cerveau, à une blennorrhagie, à une contusion de la rate. Là, les rôles sont intervertis : la fièvre intermittente cesse d'avoir le premier; il importe sans doute d'en débarrasser le malade : mais quand elle est un épiphénomène joint à une affection grave, le danger n'en persiste pas moins, quoique les accès périodiques soient supprimés. C'est un point de vue sous lequel il faut s'accoutumer à considérer la fièvre intermittente, car la pratique y est intéressée; et, de son côté, la théorie n'aurait que des éléments incomplets, et par conséquent une base incertaine, si elle ne recherchait pas toutes les conditions dans lesquelles se montre la régularité des accès intermittents. — J'ai renvoyé à un autre lieu l'examen des fièvres larvées, c'est-à-dire de ces affections qui, sans avoir les stades fébriles, ont une périodicité régulière, et cèdent à l'usage du quinquina. Outre ces caractères qui les unissent aux fièvres intermittentes, elles ont aussi cela de commun, qu'on les voit se développer en grand nombre sous les mêmes influences que celles qui déterminent les pyrexies périodiques.—Les fièvres pernicieuses et rémittentes dépendent de la même cause que les fièvres intermittentes, et en présentent la pathologie sous une nouvelle face, tant pour l'intensité des symptômes, que pour la gravité des lésions anatomiques. Ainsi, la fièvre

intermittente, et je prends ici ce mot dans son acception la plus générale, embrasse un vaste terrain, et forme un grand ensemble pathologique, où les objets se montrent avec des variétés infinies. »

Toutes les propositions que renferme ce résumé, ont été longuement et habilement développées dans l'article de M. Littré.

Nous n'avons dû nous occuper dans cette analyse rapide que des articles qui présentent le plus d'importance, soit par la nature des sujets qui y sont traités, soit par la manière toute particulière dont ils le sont; mais ce volume renferme encore plusieurs articles d'un grand intérêt : IDIOTISME, par M. Calmeil; *Impetigo*, par M. Alp. Cazenave. INSECTE, par M. Guérard ; etc. M. Ollivier (d'Angers) a su donner une importance réelle aux articles HYDRORACHIS et HYOÏDE (*fracture et déplacements de l'os*), par une réunion nombreuse de faits curieux et authentiques et par l'examen critique auquel il les a soumis. On trouvera encore les articles suivants ; ILIAQUES (*plaies, anévrysmes, ligature des vaisseaux*), ICHTHYOSE, INCITATION, ICTÈRE, HYPOCONDRIE, INCONTINENCE D'URINE, INHUMATION, IMPUISSANCE, HYDROTHORAX, INFECTION, HYGIÈNE, etc., etc. G. RICHELOT.

DE LA TORSION QUI ACCOMPAGNE CONSTAMMENT LES DÉVIATIONS LATÉRALES DE L'ÉPINE, ou *Nouvelle méthode de traiter les déviations de la taille*; par M. VALLIN, D.-M., chargé de diriger le traitement orthopédique de l'institution de la Magdeleine, fondée à Nantes en 1829, etc. Nantes, 1837, in-8, p. 16.

Ce mémoire est extrait d'un travail sur les difformités de la taille et des membres, que l'auteur se proposait d'envoyer à l'Académie des sciences, pour concourir à l'un des grands prix spéciaux de la fondation Monthyon. Mais le paragraphe suivant du programme du prix à décerner sur l'orthopédie, en avait exclu à l'avance tous les médecins étrangers à la capitale : la manière d'agir des appareils auxquels on accordera la préférence, devra être démontrée *à Paris, sous les yeux de la commission et sur des personnes atteintes de difformités.* » De sorte que l'auteur n'a pu être admis au concours. Il serait pourtant à désirer que tous les médecins français fussent admis à participer aux encouragements de notre vénérable compatriote; toute exclusion, sous quelque prétexte que ce soit, blesse la justice.

M. Vallin, considérant que les déviations latérales de l'épine

s'accompagneent constamment d'une torsion, s'est appliqué, dans son appareil, à combattre cette torsion. C'est une indication à laquelle on n'avait point fait suffisamment attention jusqu'à présent. « Vouloir redresser une colonne vertébrale, dit-il, sans remédier à sa torsion, est aussi peu rationnel, que de porter le levier du sabot de Venel en arrière, dans un varus, avant de le ramener de dehors en-dedans pour faire disparaître l'euroulement du pied. » Suivant lui, si l'on ne satisfait à cette condition, on s'expose à de nombreux insuccès et à des rechutes.

Essais sur les hallucinations; par Al. Bottex, médecin de l'hospice do l'Antiquaille, à Lyon. Lyon, 1836, in-8. chez Perrin.

Cet essai sur les hallucinations fait la matière d'un discours prononcé par l'auteur en 1836, lors de l'ouverture des cours de clinique sur l'aliénation mentale qu'il professe avec succès à l'hospice de l'Antiquaille. Il y a dans ce travail, qui est parfaitement au courant de la science, des définitions précises et des observations sérieuses. L'auteur distingue avec M. Esquirol les illusions des hallucinations; il fait observer avec M. Foville que les hallucinations viscérales tiennent presque toujours à des lésions anatomiques, et que cela est fort rare pour les hallucinations des organes de sensations spéciales; il établit par plusieurs faits que les hallucinations ne sont pas nécessairement liées à l'existence du délire. Cet opuscule, fruit de recherches faites dans un hospice important d'aliénés, sera consulté avec avantage par tous ceux qui se livrent à l'étude des maladies mentales.

Traité de Diagnostic et de Séméiologie, par A. Piorry, *médecin de l'hôpital de la Pitié*, etc., etc. Paris, 1837, in-8°. Chez Pourchet et Germain Baillière.

Ces deux volumes terminent et complètent le traité de diagnostic et de séméiologie. Déjà, dans l'analyse du 1er volume (1), nous

---

(1) *Voy.* n° de décembre 1836.

avons fait ressortir le caractère qui distingue cette publication, à savoir le soin scrupuleux qu'a apporté l'auteur à ne formuler ses propositions qu'appuyées sur l'observation répétée des faits dans la discussion desquels entre toujours le tribut d'une expérience personnelle et le plus souvent celui de recherches spéciales et également toutes personnelles. Le même esprit de rédaction se retrouve dans les deux volumes que nous annonçons. Ce sont toujours les mêmes principes qui dirigent la marche de l'étude, principes qui, relevant d'un *organisme* bien compris, acceptent d'ailleurs toutes les voies du diagnostic, de quelque côté qu'elles s'ouvrent. Nous ne pouvons rien ajouter à ce que nous avons avancé sur l'importance du travail de M. Piorry, dont les dernières pages, comme les premières, contiennent, ainsi que nous l'avons dit, un enseignement clinique précieux. Nous nous bornerons à indiquer ici la matière qui compose les deux derniers volumes du Traité de diagnostic, et les divers chapitres où elle se trouve distribuée.

Le tome IIe contient l'exploration des organes chargés, 1° de la digestion (bouche, pharynx, œsophage, estomac, intestins, rectum, et l'anus); 2° des sécrétions abdominales (foie, rate, reins et uretères, vessie et urètre); 3° de la génération chez la femme (utérus, vagin, ovaires); 4° de la génération chez l'homme (testicules, verge, etc.); et enfin l'examen du péritoine et de ses annexes.

Dans le chapitre consacré à l'exploration de la cavité buccale, on remarquera ce qui concerne l'inspection de la langue et l'appréciation que fait M. Piorry des divers états de cet organe qui, tels que sa rougeur, sa sécheresse et ses enduits, ont tant fixé l'attention de certains pathologistes pour lesquels la langue est non-seulement le miroir fidèle de la muqueuse gastro-intestinale, mais encore le siége et la source des signes diagnostiques les plus importants dans une foule de troubles graves de l'organisme. Opinion qui, d'après des faits *innombrables*, bien constatés par M. Piorry, est loin d'être fondée dans la très-grande majorité des cas.

A propos de l'examen des organes de l'abdomen, M. Piorry a trouvé l'occasion de faire valoir les avantages de la percussion plessimétrique. On suit avec le plus grand intérêt le développement de tout ce qui se rattache à ce mode d'investigation, soit relativement aux instructions à suivre pour sa pratique, soit qu'il s'agisse de l'interprétation à donner aux documents variés qu'il fournit. M. Piorry, d'ailleurs, n'apporte pas moins de soins et de

détails dans l'exposé de tous les autres moyens explorateurs qui peuvent révéler les lésions des viscères abdominaux. On remarquera de nouveau, sous ce rapport, le chapitre qui a trait à la *palpation*, et surtout celui dans lequel diverses altérations des sécrétions sont examinées et appréciées sous le point de vue de leur valeur diagnostique, étude dont généralement on ne comprend pas assez ni les difficultés, ni la portée.

Parmi les organes dont les lésions sont l'objet d'un diagnostic spécial et comparatif, la rate occupe, dans l'ouvrage de M. Piorry, un rang qu'on n'est point accoutumé à lui voir tenir dans les livres de pathologie. La cause en est dans le rôle que M. Piorry fait jouer au plexus nerveux splénique pour la production des fièvres intermittentes. On pourra sans doute ne pas adopter toutes les idées de M. Piorry sur ce sujet; mais on conviendra certainement, qu'il est difficile d'asseoir une conviction sur un ensemble de faits plus nombreux et discutés avec plus de conscience.

Le diagnostic comparatif des lésions des organes génito-urinaires rentre incessamment dans le domaine de la chirurgie; aussi M. Piorry renvoie fréquemment aux ouvrages spéciaux; toutefois, il n'est pas de question culminante qui n'ait été abordée et épuisée.

Quant à l'exploration du péritoine et de ses annexes, la percussion plessimétrique est là d'une application trop urgente pour que M. Piorry n'ait pas donné à ce chapitre toute l'extention qu'il comporte.

Le troisième volume du Traité de diagnostic et de séméiologie est sans contredit la partie de l'ouvrage qui mérite la plus sérieuse attention. Il contient l'exploration de la peau; des recherches sur la chaleur; le diagnostie des principaux états organo-pathologiques de la peau; l'exploration des organes de la vue, de l'ouïe; celle du cerveau considérée en général et en particulier; celle de la moelle de l'épine, des nerfs, des muscles, des os et des jointures; des recherches sur l'état intellectuel de l'homme malade, sur les maladies rhumatismales, etc. Ce volume renferme enfin les principaux caractères diagnostiques des états organo-pathologiques que les parties qui viennent d'être énumérées peuvent présenter.

Nous ne nous arrêterons point à la désignation formelle de quelques-uns de ces nombreux chapitres, pour les signaler particulièrement à la méditation des lecteurs, tous la réclament. Les considérations sur les centres nerveux offrent surtout le résumé le plus substantiel de tout ce qui a été dit et écrit sur cette ma-

tière, que l'étude a tant fécondée de nos jours, et qui se prête encore à tant de recherches. La question des maladies rhumatismales a été une nouvelle occasion pour M. Piorry de développer diverses opinions qui lui sont propres et d'en revendiquer plusieurs qui ont été émises dans ces derniers temps. H.

Mémoires de la Société médicale d'observation, *de Paris.* Tome premier, Paris, 1836, in-8., 4948, chez P. P. Crochard et Comp.

Tout le monde médical connait la méthode que M. Louis a appliquée à la médecine et les beaux travaux de ce praticien. Il n'est guère permis de douter maintenant de l'heureuse influence qu'ils ont eue sur notre science depuis trop long temps livrée à toutes les erreurs des opinions hypothétiques et aux incertitudes d'une observation incomplète. Mais quelque laborieux que soit un homme, quelle que soit son activité, il ne lui est donné que d'éclairer un très-petit nombre de points d'une science. C'est beaucoup certainement qu'il ait posé des règles sûres, qu'il ait tracé la voie, qu'il ait montré, en en parcourant une petite partie, tout ce qu'on peut espérer de la continuer dans le même sens. Pour constituer une science aussi vaste et aussi difficile que la médecine, il faut non seulement les efforts réunis d'un grand nombre d'hommes, mais encore le secours du temps, qui seul peut fournir les moyens d'observation. Animés du même esprit que M. Louis, un certain nombre de jeunes médecins et d'élèves distingués des hôpitaux, se sont grouppés autour de lui, pour se communiquer leurs travaux, pour se diriger mutuellement. C'est le premier volume de la Société qu'ils ont formée, que nous annonçons.

Ce volume se compose 1°. d'une sorte d'introduction dans laquelle M. Louis traite *de l'examen des malades et de la recherche des faits généraux* : c'est un exposé complet de sa méthode, qui ouvre tout naturellement la série des travaux entrepris d'après cette méthode ; 2°. d'un *essai sur quelques points de l'histoire de la cataracte*, par M. Maunoir ; 3°. de *Recherches sur l'emphysème des poumons*, par M. Louis ; 4°. de *Recherches sur le cœur et le système artériel chez l'homme*, par M. Bizot ; 5°. d'un *Mémoire analytique sur l'orchite blennorrhagique*, par M. Marc Despine.. Nous allons jetter un coup d'œil sur plusieurs de ces mémoires. Nous en excepterons l'important travail de M. Louis sur l'emphysème des poumons, travail déjà connu par l'extrait qu'en a donné

ce médecin, et qui forme l'article *Emphysème* du *Dictionnaire de médecine*, 2e. édit.

L'essai de M. Maunoir sur quelques points de l'histoire de la cataracte met dans tout son jour le peu de certitude de nos connaissances sur les points les mieux étudiés et les moins controversés. Partout, en effet, dans l'histoire de cette affection, il y a des valeurs positives à substituer à des à peu-près, et le mémoire que nous analysons montre que sur beaucoup de points ces à peu-près sont bien éloignés de la vérité. Nous regrettons de ne pouvoir indiquer ici qu'un petit nombre des résultats auxquels est arrivé M. Maunoir. Dans un travail de ce genre l'auteur reconstruit pièce à pièce toute l'histoire d'une maladie avec ses propres observations, et la multiplicité des détails interdit toute analyse complète et exacte.

La cataracte affecte également les deux sexes; l'âge avancé a au contraire une influence manifeste sur sa production : il en est de même de l'hérédité qui a été constatée chez le quart au moins des malades interrogés dans ce but. Quant aux causes extérieures, profession, accidents, M. Maunoir pense que dans l'état actuel de la statistique générale il ne peut encore tirer aucun résultat positif de ses recherches. — *Symptomes*. A la sensation d'un brouillard qui a existé chez tous les malades il s'est joint un grand nombre de fois des sensations variées, dont plusieurs, telles que la diplopie, l'irisation de la lumière (obs. 3 fois), ont été regardées par plusieurs auteurs comme appartenant à l'amaurose. Dans la grande majorité des cas les malades voyaient mieux dans un endroit obscur que dans un endroit éclairé. Ce signe n'est rien moins que constant; mais il faut remarquer que, chez plusieurs de ceux qui voyaient mieux au soleil dès le début de leur maladie, il y avait doute d'amaurose. Rarement la pupille fut immobile ou irrégulière, mais on ne peut certainement s'en rapporter à ces symptômes ni même à l'abolition presque complète de la faculté visuelle (avant l'opération) pour déclarer qu'une amaurose complique la cataracte.

Les cataractes ont offert une grande variété d'espèces. M. Maunoir montre le peu de valeur des signes donnés par Travers et Beer pour reconnoître les cataractes membraneuses (aspect tacheté, bigarré) : cette espèce est beaucoup plus rare d'ailleurs qu'on ne l'a fait dire à Dupuytren ; au lieu d'être à la cataracte capsulaire :: 1 : 1/2, elle n'est d'après M. Maunoir à cette dernière que :: 1 : 34 4/5, et en admettant six cas fort douteux comme cataractes membraneuses :: 1 : 15 3/11.

Presque tous les malades ont été opérés par extraction (par M.

Roux), et c'est sur ceux-ci seulement que M. Maunoir base ses recherches. Les résultats de l'opération ont été plus favorables aux individus qu'aux yeux opérés; sur 115 malades, 73 ont recouvré la vue; sur 179 opérations, 97 seulement ont réussi. Dans plus d'un tiers des cas où l'opération n'a point eu de succès, la perte de la vue a reconnu pour cause une cataracte secondaire; ce que M. Maunoir attribue au procédé suivi par M. Roux qui se contente d'inciser la capsule antérieure du cristallin au lieu de la déchirer à la manière de Beer. Les autres cas d'insuccès ont eu des causes variées.

De 20 à 69 ans, l'âge n'a pas eu d'influence sur les résultats de l'opération, qui au contraire a été moins favorable au-dessus de 70 ans. Les femmes ont aussi été sous ce rapport moins bien partagées que les hommes. L'on sait qu'un grand nombre d'ophtalmologistes pensent avec Dupuytren qu'il vaut mieux n'opérer que sur un seul œil le même jour, dans le cas ou les deux yeux sont affectés: le résultat de la comparaison de 48 opérations simples avec 64 opérations doubles a amené à adopter, avec M. Roux, l'opinion contraire. L'issue d'une portion du corps vitré constitue un accident des plus fâcheux; sur 19 yeux où il a eu lieu, 6 seulement ont recouvré la vue. Au contraire, la piqûre de l'angle interne de l'œil, non plus que la lésion de l'iris, n'ont pas eu de résultat fâcheux. Sur 21 opérations où ce dernier accident a eu lieu, 13 fois la vue été rétablie. Cette proportion est donc bien plus avantageuse que la proportion de 97 sur 179, que nous avons vue comme résultat général.

N'est-ce point là une preuve évidente que dans toute science d'observation, il faut se garder de pousser un principe jusqu'aux limites de ses conséquences logiques? il est clair, en effet, que le chirurgien qui voudrait baser sa pratique sur la statistique de M. Maunoir devrait chercher à léser l'iris dans toutes les opérations de cataracte. M. Maunoir a du reste laisé ce fait en-dehors de ses conclusions. En pareil cas, le raisonnement est et sera toujours pour tout homme au-dessus de toute statistique. Du reste, le travail de M. Maunoir est très remarquable et fort sagement pensé.

Les lecteurs des *Archives* connaissent déjà une partie du travail de M. Bizot *sur le cœur et le système artériel*, par l'analyse que nous avons donnée de sa thèse dans le n°. de juillet 1836. Dans cette seconde publication, M. Bizot a développé tous les détails de ses longues, consciencieuses et patientes recherches, dont les résul-

tats montrent parfaitement tout ce que la statistique bien dirigée peut faire pour l'avancement de l'anatomie pathologique et même de l'anatomie normale. Une partie encore inédite du mémoire de M. Bizot est consacrée à l'étude du cœur en masse et dans ses diverses parties. L'auteur a déduit d'une série de tableaux des lois fort importantes qui n'étaient pas même soupçonnées. Telles sont les suivantes : le volume du cœur croît proportionnellement à l'âge dans les deux sexes. Dans tous les âges celui de la femme est plus petit que celui de l'homme. L'augmentation de volume porte sur toutes les parties du cœur, sur ses orifices, etc. Nous ne reviendrons pas sur l'analyse que nous avons donnée des recherches de M. Bizot sur les altérations des artères. Nous dirons seulement que ce travail, le plus étendu de ceux que nous analysons, mérite d'être lu et médité dans toutes ses parties.

Le volume est terminé par le mémoire de M. Marc Despine sur l'*orchite blennorrhagique*. Sur trente cas d'orchite recueillis par l'auteur à mesure qu'ils se présentaient à son observation, il n'a rencontré qu'un seul exemple d'orchite vénérienne non blennorrhagique, ce qui montre la rareté de cette dernière espèce. L'analyse détaillée des symptômes de l'orchite blennorrhagique a conduit l'auteur à établir, dans cette maladie, quatre degrés auxquels correspondent des états particuliers du testicule et de l'épididyme, appréciables au toucher : « Au début, la masse testiculaire est dure, partout homogène, de telle sorte qu'il n'est aucun moyen de distinguer au toucher l'épididyme du testicule, c'est le premier degré. Bientôt la partie postérieure et inférieure de la tumeur devient un peu bosselée et durcit davantage, tandis que l'antérieure et supérieure devient renitente, c'est le second degré. Quelques jours s'écoulent encore, et la masse dure et bosselée qui se confondait vers le centre avec la portion rénitente, se limite par une interruption brusque, indiquée par une ligne oblique de haut en bas et d'arrière en avant ; c'est le troisième degré. Vient enfin le quatrième degré qui est caractérisé par un travail de séparation de la partie antérieure ou testiculaire, qui à cette époque est résolue, de la portion postérieure ou épididymaire, qui forme une ou plusieurs nodosités dures, pierreuses, bosselées et parfaitement isolées. » Toutefois la résolution complète peut survenir au milieu de chaque degré. L'orchite blennorrhagique a coïncidé dans trois cas seulement avec la suppression de l'écoulement, ce qui est assez contraire à l'opinion qui

donne à ctete maladie pour cause immédiate la métastase blennorrhagique. On peut d'ailleurs sans inconvénient entreprendre le traitement de l'écoulement avant la résolution de l'orchite, du moins après la disparition des symptômes aigus. Dans ce cas les moyens internes paraissent préférables aux injections astringentes. Les sangsues ont paru avoir eu une influence heureuse sur la durée de l'affection, et cela d'autant plus que leur application avait eu lieu à une époque plus rapprochée du début.

L'on pense bien que nous n'avons donné qu'un petit nombre des conclusions de l'auteur, lesquelles embrassent presque toute l'histoire de l'orchite et sout basées sur l'analyse numérique des observations donc nous avons parlé. Nous ferons toutefois observer que la statistique, pour qu'on puisse en tirer des conclusions, doit porter sur des chiffres un peu élevés. Ainsi quand M. Marc Despine, observant que l'orchite débute tantôt par la douleur, tantôt par la tuméfaction, tantôt par ces deux symptômes reunis, étudie ce début dans vingt observations, il pourra sans doute remarquer que, sur neuf orchites gauches, six ont débuté par la douleur, trois par la tuméfaction avec ou sans douleur; que sur onze orchites droites, six ont débuté par la douleur, cinq par la tuméfaction avec ou sans douleur : mais nous ne croyons pas que d'après cela il puisse se poser cette question même sous la forme la plus dubitative : « Les orchites droites auraient-elles plus de tendance que les autres à débuter par la tuméfaction ? » Enfin remarquons que M. Despine qui, sans parler des opinions émises dans ces dernières années sur l'épanchement de la tunique vaginale dans l'orchite, conclut que cette maladie a son siège dans le testicule, l'épididyme et le cordon, n'a pas une seule autopsie à l'appui de cette conclusion. Or, dans plusieurs cas où le toucher avait donné les mêmes sensations que dans les cas ordinaires d'orchite, l'autopsie a démontré la lésion dont nous venons de parler.

Il y a à peine quelques jours que nous avons assisté à l'autopsie d'un homme mort d'une affection calculeuse et chez lequel une orchite observée pendant la vie, reconnaissait pour caractères anatomiques du pus dans la tunique vaginale, en même temps qu'une altération notable de la substance du testicule lui-même. Rien ne peut donc faire admettre l'opinion exclusive de M. Despine.

MÉMOIRES

ET

OBSERVATIONS.

DÉCEMBRE 1837.

Mémoire sur le phlegmon diffus, d'après les observations et remarques des docteurs Craigie *et* Maclachlan, *extraites par M.* Godin, *aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris.*

Depuis le Mémoire de Duncan jeune, sur l'inflammation diffuse du tissu cellulaire, de nombreux travaux ont été publiés en Angleterre sur ce sujet, soit dans des ouvrages spéciaux, soit dans les recueils périodiques, par MM. Travers, Butter, Lawrence, Colles, Stafford, etc. Cependant, cette affection n'a guères été envisagée en France d'une manière spéciale, si ce n'est dans la dissertation inaugurale de M. Ch. Fournier, publiée en 1827. Ce travail fort bien fait n'est d'ailleurs que l'analyse du mémoire de Duncan et des leçons orales que Béclard fit, en 1824, sur ce point de chirurgie. Un article sur le phlegmon diffus dans les Leçons orales de Dupuytren est la reproduction presque exacte de la thèse de M. Fournier, dont les éditeurs ne se sont pas même pas donné la peine de changer les phrases. Ils y ont ajouté toutefois quelques observations nouvelles.

Cette pénurie de documents sur un point important de

chirurgie nous engage à extraire du numéro d'octobre de l'*Edinburgh med. and surg. journal*, une observation de M. Craigie, et quelques remarques intéressantes de M. Maclachlan, sur l'inflammation diffuse du tissu cellulaire.

Tous les auteurs qui ont décrit la maladie dont il s'agit l'ont regardée comme une inflammation du tissu cellulaire terminée par une suppuration diffuse, et le nom de plegmon diffus qui lui a été donné par Béclard, et sous lequel elle est généralement connue en France, emporte avec lui cette définition. Le Dr. Craigie la regarde comme une inflammation du tissu adipeux, en tant que ce tissu est distinct du tissu filamenteux. « C'est, dit-il, dans la région où ce tissu est le plus abondant que l'on voit cette maladie se développer. » Il est évident qu'ici il n'y a qu'une querelle de mots. Tout le monde est réellement d'accord avec M. Craigie sur le siége de l'affection. Quoi qu'il en soit, M. Craigie dit avoir observé un grand nombre de cas de cette maladie où l'inflammation se propageant le long du tissu adipeux avait détaché la peau des aponévroses et des muscles et disséqué ceux-ci, pour ainsi dire, fibre par fibre. Il a aussi remarqué dans presque tous les cas qu'il a disséqués une altération plus ou moins grande des gaînes vasculaires qui, par fois, étaient détruites et laissaient à nu les vaisseaux sanguins. Les veines étaient épaissies, enflammées, les parois artérielles faciles à déchirer, ramollies et comme pourries. Dans tous ces cas, l'affection était devenue fatale soit par l'intensité des phénomènes fébriles, soit par la phlébite consécutive, soit par le passage de l'inflammation à un organe interne; c'est ainsi qu'il a vu les muscles intercostaux détruits par le fait de l'inflammation de la membrane adipeuse des parois thoraciques et par suite une inflammation de la plèvre et des poumons. Il est probable toutefois que dans plusieurs de ces cas, si la mort ne fût pas survenue par une des causes mentionnées, la destruction de la gaîne des vaisseaux eût eu pour résultat la mort des

tuniques des artères et leur perforation. On sait, en effet, que toutes les fois que, par maladie, par accidents, ou par le fait d'une opération cette gaîne est détachée des tuniques artérielles qu'elle recouvre, un résultat presque inévitable, est la mort de ces membranes, suite elle-même de la destruction des vaisseaux nourriciers ou *vasa vasorum* supportés par la gaîne adipeuse.

Si ce résultat n'a pas été observé plus souvent, il faut l'attribuer à la rapidité des phénomènes indiqués plus haut. Le fait suivant, unique, suivant M. Craigie, mérite donc toute l'attention des pathologistes.

Obs. — *Inflammation du tissu adipeux de la gaine de l'artère carotide; érosion et perforation de l'artère; hémorrhagie consécutive; mort.* — La femme Rachel Lumsden, âgée de 28 ans, d'une forte constitution, entra à l'infirmerie royale d'Edimbourg, le 4 août, avec une tuméfaction considérable de l'angle de la mâchoire et du cou, qui, la mettant dans l'impossibilité d'ouvrir la bouche, lui permit à peine de donner les renseignements suivants : elle avait toujours joui d'une bonne santé; quinze jours auparavant, pendant qu'elle s'occupait à la campagne de travaux d'agriculture, elle s'était endormie dans une grange et avait, à ce qu'elle pensait du moins, été saisie par le froid. Peu de temps après, le 28 juillet, elle avait senti de la douleur et de la gêne dans la gorge avec un peu de gonflement à l'extérieur, et de la difficulté dans la déglutition. Ces symptômes augmentèrent graduellement au point d'empêcher la déglutition de la salive et l'abaissement de la mâchoire.

A son entrée, énorme tuméfaction diffuse, dure et douloureuse, s'étendant du bord antérieur de l'oreille droite et de l'angle de la mâchoire aux parties voisines du cou du même côté. La malade est dans l'impossibilité d'ouvrir la bouche, de tirer la langue, d'abaisser la mâchoire inférieure. La déglutition des solides est impraticable. Celle des liquides se fait lentement et avec beaucoup de douleur et de difficulté; peau chaude et sèche, quelques frissons passagers, pouls fréquent, petit et opprimé de 104 à 116.

Traitement : inspirations de vapeur d'eau chaude; infusion saline de séné à doses aussi rapprochées que pourra le permettre la gêne de la déglutition; saignée de deux onces seulement, à cause d'une défaillance de la malade).

Le lendemain, même état : on prescrit une nouvelle saignée de

12 onces, et 4 onces d'infusion saline avec une once de teinture de sené, cataplasme émollient sur la tumeur.

La saignée détermine un état approchant de la syncope. La médecine procure trois selles. Néanmoins, la malade passe une mauvaise nuit : agitation, peu de sommeil, soif vive, déglutition impossible. Le 6 août, au matin, elle rend en crachant une quantité considérable de mucus épais, avec de la matière purulente et du sang d'une odeur fétide. L'haleine est extrêmement fétide et désagréable, pouls de 96 à 104, opprimé.

Traitement. Cataplasme. 4 onces d'infusion saline de sené.

Le 7 août, après une nuit un peu plus tranquille, la tumeur de l'angle de la joue présenta sur l'un de ses points de la mollesse et de l'élasticité ; la gêne dans la déglutition persistait à peu près au même degré. La langue ne pouvant être tirée, ni la mâchoire abaissée, l'examen de la gorge était complètement impossible. On fit avec une lancette, sur la partie la plus molle et la plus saillante de la tumeur, une ponction qui donna issue à de la matière purulente légèrement colorée par un fluide sanguinolent, brunâtre, et à de larges lambeaux de tissu adipeux sous-cutané qui formaient une espèce de bouillie. Les selles étant libres, on appliqua seulement un cataplasme. L'haleine est si fétide, que l'atmosphère est imprégnée à plusieurs pieds du lit d'une odeur tout à fait insupportable.

A deux heures et quart, on vient chercher en toute hâte M. Craigie, pour voir la malade qui rendait à grands flots du sang par la bouche et la gorge. M. Craigie essaya de reconnaître d'où venait ce sang évidemment artériel et de l'arrêter avec ses doigts. On enleva le cataplasme, la tête et le cou furent exposés à l'air froid. M. Syme fut appelé, mais avant qu'il n'arrivât, l'hémorrhagie s'était arrêtée : il recommanda l'application de la glace et le repos le plus complet, la malade avait perdu environ une livre et demie de sang; une sonde introduite par la plaie extérieure pénétra à une profondeur considérable du côté de la langue et des amygdales; le pouls est bon à 90.

A six heures l'hémorrhagie reparut, fournit à peu près une livre et demie de sang, puis s'arrêta spontanément. La malade s'étant persuadée que le retour de l'accident avait été occasionné par la glace, on en suspendit l'emploi, le pouls est encore bon à 96, mais plus dépressible que la veille. (*Trait.* On prescrit immédiatement un opiat contenant 40 gouttes de solution d'hydrochlorate de morphine, et, dans le cas de retour de l'hémorrhagie, une potion contenant un drachme de la même solution.

Pendant la nuit deux nouvelles hémorrhagies qui s'arrêtent d'elles-même après avoir fourni près de deux livres de sang en tout.

Le 8 au matin, pouls très-faible, filiforme, face pâle, couverte d'une sueur visqueuse, soif vive; la voix et tous les mouvements sont extrêmement faibles. Odeur fétide de l'haleine, mais moins marquée que la veille. Après une consultation avec M. Syme, il fut convenu de donner un peu de bouillon, et puis, si l'hémorrhagie ne reparaissait pas, un peu de vin. On continua l'application de la glace et on donna des pilules d'acétate de plomb et d'opium. Néanmoins, la malade continua à s'affaiblir graduellement et expira à six heures du soir.

Autopsie, dix-neuf heures après la mort.

Deux petites ouvertures à bords déchirés existaient sur le pilier antérieur du voile du palais du côté droit, qui offrait en même temps une ulcération de la muqueuse à la partie inférieure de l'amygdale. Celle-ci était complètement détruite. La surface de la cavité qui se trouvait à sa place était d'un noir brunâtre, ramollie, irrégulière et de l'odeur la plus fétide. Au-dessous et en arrière, au côté droit du pharynx, dans le tissu cellulaire situé entre la muqueuse et les muscles du cou, existait une cavité irrégulière d'un pouce de profondeur, et du diamètre d'une aveline, dont la surface également ramollie, irrégulière et d'un gris bleuâtre, communiquait par deux ouvertures irrégulièrement circulaires à bords déchirés, l'une d'une ligne, l'autre d'un demi-pouce de diamètre environ, avec une autre cavité oblongue, large et profonde, qui s'étendait inférieurement jusqu'au niveau de la clavicule. Ce foyer contenait une quantité considérable de sang noir, brunâtre, demi-liquide, d'une odeur très-fétide; sa surface était molle, pulpeuse, irrégulière et d'une couleur brune foncée, formée par le tissu adipeux de la gaine des vaisseaux. Le lavage fait avec précaution montra les artères carotides interne et externe, dénudées à leur partie externe et postérieure. Le tronc de la huitième paire, celui du grand hypoglose étaient également découverts. Ensuite, on découvrit, à l'aide d'une sonde, que la carotide interne, à l'angle de bifurcation de la carotide primitive, et celle-ci deux lignes au-dessous environ, présentaient deux ouvertures irrégulières qui semblaient dues à une ulcération, ou une érosion des tuniques artérielles. Celles-ci étaient, en effet, dénudées et ramollies extérieurement dans toute l'étendue de leur gaine adipeuse, c'est-à-dire, à plus d'un pouce et demi de la bifurcation du vaisseau.

Les poumons, sains à l'extérieur et libres de toute adhérence, présentaient de petites taches étoilées, d'un rouge vif que l'auteur attribue à l'imbibition du sang introduit dans les bronches par l'ouverture du larynx, et qui, ayant pénétré, comme le démontra l'autopsie, dans les vésicules pulmonaires, avait dû s'opposer au passage de l'air et déterminer l'asphyxie. La mort n'était donc pas survenue seulement à la suite de l'hémorrhagie.

Il est douteux que lors même que la malade n'eût pas succombé aux effets immédiats de ces graves désordres, elle eût pu se rétablir; la dénudation des deux nerfs pneumo-gastrique et hypoglosse, la fonte du tissu cellulaire d'une partie du cou, auraient probablement déterminé la mort.

L'auteur insiste particulièrement, dans les réflexions qui accompagnent ce fait curieux, sur l'aspect des symptômes fébriles dans le phlegmon diffus, symptômes qui ont pour caractère spécial le dérangement de toutes les fonctions et l'anéantissement plus ou moins complet des forces musculaires. Il se livre à une longue discussion sur le point de départ de ces phénomènes, et rejetant le nom de fièvre irritative, proposée par le docteur Butter, et celui d'irritation constitutionnelle, adopté par M. Travers, comme trop vagues et impliquant quelque chose de mystérieux, il cherche à démontrer que leur seule cause est la grande étendue du tissu adipeux. Quant à la forme de la fièvre, il est tenté de l'attribuer au peu de vitalité du tissu adipeux qui, dès qu'il est frappé d'inflammation, a la plus grande facilité à devenir le siége d'une fonte putride et à se gangréner.

Nous croyons que cette explication se trouve en contradiction avec un certain nombre de faits où la maladie débute par les phénomènes généraux, avant l'apparition de tout symptôme local.

Il faut plutôt chercher la raison de l'aspect tout spécial des symptômes dans la nature délétère de la cause qui les fait naître.

Le travail du docteur Maclachlan, vient à l'appui de cette

manière de voir. Il se compose de deux séries d'observations. Dans la 1re, sont rapportés trois cas d'érysipèles traumatiques, dont deux consécutifs à l'application d'un séton, un 3e, à une plaie légère du cuir chevelu, se succédèrent dans le même dortoir, à des intervalles rapprochés, et eurent, dans deux cas, une terminaison fatale. — Une femme qui vivait dans le voisinage, après avoir été occupée à blanchir les linges qui avaient servi à l'un des malades cités plus haut, fut prise d'un érysipèle de la face et du crâne. Elle guérit, mais alors, une jeune fille qui la servait eut une affection en tout semblable. Il faut noter ce mode de transmission de l'érysipèle, d'autant plus remarquable que, dans la ville, on n'a pu découvrir aucun cas de cette maladie à la même époque.

Nous allons voir que le premier des cas de la deuxième série a eu probablement une origine analogue.

Cette *deuxième série* est relative à des cas d'inflammation diffuse. — Nous allons les analyser rapidement.

Obs. Ire.—Wilson, âgé de 39 ans, constitution robuste; pendant la nuit qui précéda la mort de l'un des malades cités plus haut (du 25 au 26 mars), il fut employé à faire des fomentations émollientes sur les parties érysipélateuses, il n'avait aucune écorchure ou blessure quelconque au doigt médius droit. Bientôt cependant, tache noire à la racine de l'ongle de ce doigt, douleur extrême qui se propage jusqu'à l'aisselle, gonflement, symptômes fébriles intenses avec anxiété. Ces symptômes ne firent que croître malgré un émétique donné le 28, et du calomel associé à l'opium qu'on continua pendant plusieurs jours. Le gonflement du doigt s'étendit vers la main, des traînées rouges se portèrent vers l'aisselle. La région mammaire devint fort douloureuse, il survint de la toux, puis du hoquet. Une incision faite sur les deux dernières phalanges du doigt avait à peine donné issue à une gouttelette de pus, on n'avait pu sentir de fluctuation nulle part. Enfin, à l'oppression, vinrent se joindre une vive sensibilité de l'abdomen, des vomissements, et la mort arriva 277 heures après le début de l'affection.

A l'*autopsie*, on trouva la gaine du fléchisseur infiltré çà et là de pus, à la paume de la main. A partir de ce point jusqu'à l'insertion du grand pectoral à l'humérus, il n'y avait pas de traces de mala-

die, sanf un peu de turgescence vasculaire de la gaine de la moitié supérieure de la veine brachiale, dont la tunique interne n'offrait ni pus ni rougeur. Le tissu cellulaire de l'aisselle et de la partie voisine du thorax n'offrait d'autre changement qu'une vive injection des capillaires et nne congestion de sang dans les veines; mais au-dessous du pectoral, les tissus sous-jacents étaient désorganisés, ramollis et infiltrés de pus. L'affection s'étendait aux muscles intercostaux, de ce côté, qui étaient d'une consistance gélatineuse par plaques de la largeur d'un schelling. Dans les points correspondants, les plèvres costale et pulmonaire étaient enflammées et convertes de fibrine. Le cœur et les vaisseaux sanguins étaient sains. La tunique péritonéale de l'intestin grèle offrait quelques plaques rouges d'apparence inflammatoire, l'épiploon était très-injecté. Le temps ne permit pas de pousser plus loin les recherches.

Obs. IIe.—John Wilson, maigre, mais d'une bonne santé, avait assisté le malade précédent. Le 3 avril, il avait été présent à son autopsie, avait manié le corps et lavé les éponges pendant la dissection. Dans ce cas, comme dans le précédent, aucune espèce d'écorchure de la main. A partir de ce moment, il eut froid et se sentit mal à son aise pendant trois jours, puis éprouva une vive douleur à l'aisselle et au sommet de l'épaule avec sensibilité à la pression sur le trapèze et le pectoral, point de rougeur ni de tuméfaction. Le 6 au soir, il éprouva un violent frisson. A son entrée, à l'hôpital, il avait de la fièvre, le pouls était à 86, plein, facilement dépressible, la langue sale, humide, la soif vive, la peau chaude et sèche, face pâle, anxieuse, point de mal de tête; le malade était fortement imbn de cette idée qu'il était infecté par le malade auqnel il avait donné des soins. Il avait déjà été purgé avec un sel et du sené dans les premiers instants, on lui donna de nouveau dn jalap, dn calomel, puis de la poudre de Dower qui procura une sueur abondante.

Le lendemain, on lni fit une saignée de dix onces, (le sang avait son aspect naturel), on continua les mêmes moyens.

Cependant, le 11, la douleur s'était étendue sur toute la partie latérale de la poitrine et s'accompagnait de rougeur et de tuméfaction; les symptômes ne firent que s'accroître les jours suivants (vin de colchique dans une émulsion camphrée.—Le 13, calomel gr. ij, opium gr. j, à prendre de deux en deux heures).

Le 14, même rougenr du côté, pas de fluctuation ni d'inégalité, affaissement, pouls faible à 120.—On pratique une incision de deux

pouces sur le côté du thorax, il n'en sort aucun liquide, les parties paraissent saines.—Malgré l'emploi de divers médicaments, la rougeur devient plus livide, la respiration plus laborieuse. Le 15, vomissements et selles bilieuses, involontaires, pas de délire.—Le 16, affaissement, continuation du hoquet et des vomissements, respiration difficile; les parties voisines du cou et de l'épaule reprennent leur couleur normale; mort au quatorzième jour de la maladie.

A l'autopsie, les téguments du côté droit de la poitrine et de l'extrémité supérieure sont enlevés sans qu'on observe d'altération du tissu cellulaire sous-jacent des veines et des lymphatiques. Le trapèze, le pectoral, le grand dorsal, offrent leur aspect naturel, mais en détachant le dernier de ses insertions, on trouve le tissu cellulaire qui est au-dessous, infiltré de matière purulente. Au niveau de l'incision faite sur le côté, le 14, on trouva sous le grand dentelé un dépôt considérable de pus; les couches cellulaires interfibrillaires n'étaient pas altérées. Mais, le fait le plus saillant de cette autopsie, c'est qu'il y avait un épanchement purulent dans les deux plèvres, dans le péritoine et que de fausses membranes récentes unissaient les intestins.—La vascularité de toutes ces séreuses était fort augmentée.

Obs. IIIe et IVe.—Dans ces deux observations, il s'agit d'individus qui succombèrent à un phlegmon diffus, après avoir aidé à mettre dans la bière, le premier Wilson, le second, un soldat mort d'érysipèle, Dans ces deux cas, l'autopsie ne fut point faite; ils diffèrent des deux premiers, en ce qu'au moment où les sujets furent mis en contact avec la cause morbifique, ils avaient une écorchure au poignet, laquelle devint le point de départ des accidents.

Je ne sache pas, dit le docteur Maclachlan, qu'on connaisse une série de cas qui se soient succédés comme les précédents. Colles, Duncan et d'autres écrivains, mentionnent des cas où deux ou plusieurs individus sont devenus malades après l'autopsie d'un même cadavre. Ici, nous avons trois cas tous fatals, l'un suivant l'autre; le troisième placé hors de la sphère d'infection, vivant à la ville, respirant un atmosphère différent, devient la victime de cette formidable maladie, à partir du moment ou par l'intermédiaire de sa blessure au poignet,

il est soumis à l'influence de la matière morbifique, c'est-à-dire, dès qu'il a touché les liquides du cadavre. Ces cas sont-ils accidentels, dépendent-ils d'une influence fâcheuse de la constitution atmosphérique, ou bien ont-ils pris leur origine dans un état particulier des liquides ou des secrétions des cadavres examinés? Ce serait là une question de la plus haute importance. Les sujets affectés semblaient jouir d'une bonne santé avant leur maladie, et les recherches les plus minutieuses ne m'ont pu faire connaître aucun cas de ce genre dans le voisinage; il n'y en avait pas à l'hôpital, et aucun des officiers de santé n'en avait vu dans ces derniers temps. D'après un examen attentif des cas précédents, je suis donc tout-à-fait porté à admettre qu'ils ne sont que la conséquence de l'absorption de quelques matières animales délétères, d'une nature particulièrement virulente et contagieuse. Chez les deux premiers malades, il n'y avait aucune espèce de lésion à la peau; dans le second (J. Wilson), la main ne fut pas même affectée, et la maladie occupa tout d'abord un siége éloigné, l'aisselle et l'épaule, de manière à simuler un rhumatisme, affection avec laquelle elle fut en effet confondue pendant quelques jours. Le premier cas (celui de William Wilson), présentait, à l'entrée du malade, l'aspect d'une *paronychia* grave. On a vu dans cette observation que W., soignait un malade affecté d'érysipèle. Son doigt devient douloureux dans la nuit, pendant qu'il faisait des fomentations; le troisième jour, au matin, il offrait une large phlyctène noire à son extrémité; l'aisselle était le siége d'une douleur aigue, les muscles pectoraux tuméfiés. Il ne pouvait rester aucun doute sur la nature de la maladie.

Je ne puis trouver qu'un seul cas analogue où le poison ait été communiqué par un sujet vivant; il a été publié par M. Evans (*Edimb. med and surg. jour.* janv. 1828). Dans ce cas, le malade praticien de campagne, s'était inoculé en ouvrant un abcès suite d'infiltration urineuse; il avait une blessure à la main. On m'a cité un autre cas, comme étant arrivé

au voisinage d'Édimbourg · le sujet traitant une plaie, suite de dissection, fut pris, après avoir fait une incision, d'une inflammation diffuse du tissu cellulaire du bras, et succomba avec les symptômes ordinaires des blessures qu'on se fait en disséquant. Je n'ai pu avoir les détails de ce fait.

Je regrette que des incisions plus profondes et plus étendues, n'aient pas été faites dans le cas de John-Wilson, au début de la rougeur érysipélateuse sur le côté. A la vérité, on ne pouvait sentir ni fluctuation ni empâtement dans les cas que j'ai observés, et à l'*autopsie* on trouva la matière purulente profondément située, dans un cas, dans les gaines cellulaires des muscles grand dorsal, grand et petit pectoraux et grand dentelé, dans l'autre, entre le pectoral et les intercostaux, dans le tissu interfibrillaire de ces muscles. Bien que l'incision pratiquée chez J. W. pénétrât dans la substance musculaire, il ne s'écoula pas de pus; il était situé plus profondément. Dans les deux cas d'ailleurs à moins qu'on eût introduit le bistouri à une profondeur extraordinaire, on n'aurait pu lui donner issue. Une saignée fut pratiquée dans ce même cas, d'après l'avis d'un chirurgien âgé et expérimenté; mais je suis convaincu que la saignée générale est rarement convenable dans l'inflammation diffuse du tissu cellulaire, quelle que soit son origine, quelle que soit la constitution, et je suis fâché d'y avoir eu recours ici, bien que la quantité de sang perdue ait été très-petite. Le traitement qui fut suivi n'est qu'une modification de celui que recommande le Dr. Colles (*Dublin hospital reports*, vol. IV. p. 249.): « L'administration du calomel, dans le but d'exciter promptement le ptyalisme. » Cet effet fut rapide dans les deux cas où on l'employa (obs. I et III.); mais il ne parut en résulter aucun avantage, et je crois que cette méthode a moins de succès dans cette formidable affection que le médecin qui la propose ne semble porté à le croire. Les sangsues, les fomentations tièdes, des incisions faites aussitôt qu'on a constaté la pré

sence du pus et *même auparavant*, l'administration de fortes doses d'opium ou d'hydrochlorate de morphine semble, dans la majorité des cas publiés, avoir eu beaucoup plus de succès.

Il faut toutefois confesser que, quoi qu'on fasse, l'affection est une des plus rebelles que l'on connaisse. Parmi les cas rassemblés par Colles, Duncan et Travers, il y eut une mortalité de près de la moitié des malades, et l'on ne s'expose pas à admettre une proportion trop forte en disant qu'elle est en général de trente-huit sur cent. Dans de nombreux exemples où la guérison a eu lieu, les suites de l'affection se sont prolongées pendant quatre, six, huit mois et plus.

Une affection si redoutable et si funeste dans ses suites, alors même que sa terminaison est favorable, demande donc les plus grandes précautions de la part de ceux qui cultivent l'anatomie morbide, dans les cas d'autopsie de sujets morts depuis peu, et surtout de ceux qui ont succombé à quelqu'inflammation des membranes séreuses.

Il paraît qu'on doit regarder comme un fait établi et confirmé par deux des cas précédents que l'infection suit fréquemment le simple contact de la matière morbifique sans qu'il y ait érosion de la peau. Il paraît aussi que plus les blessures sont petites, plus dangereuses sont leurs conséquences. Le Dr. Duncan a recommandé comme mesure de précaution de s'oindre les mains de sain-doux ; d'autres emploient l'essence de térébenthine comme préservatif et antidote. En examinant les corps qui avaient été le point de départ de l'infection dans les cas précédents, j'avais fait usage de blanc de baleine (*ungt cetaceum*). Je mentionne cette circonstance, en apparence triviale, parce qu'un garçon d'amphithéâtre ayant les mains constamment plongées dans les fluides du cadavre, se trouvant par conséquent plus exposé que le sujet de l'obs. II, n'eut cependant aucun accident, parce qu'il avait fait usage de la même précaution que moi, tandis que Wilson qui n'en avait pris aucune, et dont les mains étaient saines, succomba à l'affection.

Mémoire sur l'insuffisance des valvules aortiques du cœur, par William Henderson, M. D^r. (1).

Le D^r. Corrigan a le mérite d'avoir fait le premier essai pour déterminer les symptômes de l'insuffisance des valvules aortiques et d'être parvenu à signaler quelques-uns des phénomènes qui se rencontrent fréquemment dans cette maladie. Voici, suivant lui, les signes qui la caractérisent : 1°. Pulsation visible des artères de la tête et des membres supérieurs. 2°. *Bruit de soufflet* dans l'aorte ascendante, dans les carotides et les sous-clavières (pendant leur diastole). 3°. Bruit de souflet, et frémissement particulier appréciables au toucher dans les carotides et les sous-clavières (aussi pendant leur diastole). Vers la même époque, en 1832, le Dr Hope, parlant des bruits qui résultent des maladies des valvules aortiques, s'exprime ainsi : « Un bruit de souffle peut accompagner le second bruit du cœur quand il y a reflux à travers les valvules sygmoïdes, et l'on en reconnaît facilement la source, en s'apercevant qu'il est plus marqué et plus superficiel qu'ailleurs dans le point qui correspond à ces valvules. Je ne l'ai jamais trouvé très-fort, et je doute que jamais il puisse l'être, car le mouvement instantané par lequel le ventricule revient sur lui-même dans la diastole, doit prévenir tout reflux un peu considérable. » En 1834, M. Guyot publia à Paris, une *Thèse* contenant le récit de quatre cas de cette maladie observés dans le service de M. Rayer. Il en résume ainsi les signes particuliers : 1°. « Absence du bruit clair ou supérieur du cœur, et son remplacement par un bruit de souflet très-sensible au cœur lui-même, dans l'aorte

(1) Extr. de l'*Edimburgh and surg. journ. med.*, octobre 1837.

ascendante, les carotides et les sous-clavières. 2°. Pulsations visibles des artères du cou, de la tête et des membres supérieurs. 3°. Pouls fort fréquent, vibrant, » M. Charcelay, dans une *Thèse* de 1836, rapporte dix cas nouveaux : d'après lui, le signe pathognomonique de l'affection est un bruit de soufflet, remplaçant le second bruit normal, ayant son maximum d'intensité à l'origine de l'aorte et se prolongeant plus ou moins dans cette artère et ses principales branches. Comme signes de valeur secondaire il énumère : un pouls fort dur et vibrant, pulsations visibles des artères du cou, de la tête et des extrémités supérieures, flexuosités de quelques-uns de ces vaisseaux.

Un petit nombre de cas ont en outre été publiés dans quelques journaux anglais, savoir : un cas par le Dr. Mac Adam ; (*Dublin journal of med. and chemic. science*, vol. IX.) Parmi plusieurs symptômes de dérangement dans la circulation, on y remarque les suivants : pouls à 90, petit, faible et par fois intermittent ; impulsion du cœur, faible, bruit clair et fort ; second bruit accompagné d'un murmure musical particulier, analogue au roucoulement d'un pigeon ;—Deux cas, par le Dr. Watson (1) ; dans le premier de ces cas, on a noté un bruit, fort et prolongé, coïncidant avec la diastole du cœur ; ayant son maximum d'intensité à la partie supérieure du tiers inférieur du sternum et ressemblant au bruit que fait un frêlon en volant, ou au roucoulement d'un pigeon ; l'oreille ne pouvait le percevoir à un pied de la poitrine du malade. En outre, la main placée sur le sternum percevait pendant la diastole du cœur, un bruissement des plus violent. Dans le second cas du Dr. Watson, outre le cortége ordinaire des symptômes d'une affection organique du cœur, on observa que le second bruit (le premier étant à l'état normal), consistait en une espèce de son articulé, prolongé et très-fort, perceptible pour le

(1) *London medical Gazette*, vol XIX.

malade lui-même, qui le comparait spontanément au roucoulement d'un pigeon; ce bruit était plus fort à droite qu'à gauche du sternum. Dans ce dernier cas, comme dans celui du Dr. Mac Adam, l'insuffisance des valvules aortiques fut constatée par l'autopsie. Enfin, on rapporte dans le 43e. volume de ce *journal*, un cas de la rupture des valvules sygmoïdes de l'aorte : deux forts bruits de soufflet obscurcissaient les bruits normaux du cœur, et avaient leur maximum d'intensité vers le haut du sternum, à son côté gauche. Un choc accompagnait fréquemment le second bruit, une impulsion diffuse se faisait sentir au tiers supérieur du sternum, et parfois un frémissement distinct à sa droite; enfin, dans toute l'étendue de cet os, le son était obscur. Ce cas fut en conséquence fort naturellement regardé comme un anévrysme de l'aorte ascendante. A l'autopsie, l'aorte fut trouvée parfaitement saine et deux de ses valvules étaient détachées de manière à laisser une large ouverture pour le reflux du sang dans le ventricule. L'obscurité du son et l'impulsion diffuse observées au niveau du sternum, avaient été causées par la condensation du bord antérieur du poumon droit, qui, comprimé par un épanchement considérable de la plèvre droite, occupait plus de place que de coutume derrière le sternum.

Des observations précédentes on peut tirer cette conclusion, que nous n'avons pas encore de formule diagnostique à l'aide de laquelle nous puissions être assurés de ne jamais méconnaître l'insuffisance des valvules aortiques, après un examen attentif et judicieux du malade. Parmi les signes qu'énumère le Dr. Corrigan, le second et le troisième ne sont nullement spéciaux à la maladie en question, et n'ajoutent pas de valeur au premier. La « pulsation visible » des artères du cou et des extrémités supérieures est sans doute un signe précieux de l'ouverture permanente des valvules sygmoïdes, mais c'est seulement quand cette pulsation existe à un *degré marqué ;* ma propre expérience m'a convaincu qu'il n'en était pas toujours ainsi, et dans ce dernier cas, l'état du pouls artériel ne peut être distingué, d'une manière satisfaisante, du pouls plein

et bondissant de plusieurs autres maladies. Le « bruit de soufflet » et le « frémissement » dans les gros vaisseaux, pendant leur diastole, dépendent, soit de végétations valvulaires, soit d'une disproportion, entre la quantité et la rapidité du sang et les orifices qui leur donnent passage. Si le Dr. Corrigan, comme d'autres médecins, a rencontré tous ces signes dans les cas d'insuffisance, cela s'accorde, il est vrai, avec les changements pathologiques que l'on rencontre à l'origine de l'aorte ; mais il faut remarquer qu'il est commun de trouver les valvules altérées de manière à ne pouvoir s'opposer au reflux de la colonne de sang en même temps qu'elles sont un obstacle à la déplétion du ventricule. L'erreur vient de ce qu'on a confondu les signes de la première altération avec ceux de la seconde, quand les uns ou les autres peuvent se présenter isolés dans des cas différents.

Le murmure que le docteur Hope, note en passant comme accompagnant le reflux du sang par insuffisance des valvules sigmoïdes est, en y mettant quelques restrictions, un signe de grande valeur. Le simple fait d'nn bruit anormal, remplaçant le second bruit clair à la base du cœur, ne peut donner la certitude de l'existence de la lésion dont il s'agit, puisque ce murmure coïncide également avec la contraction des orifices auriculo-ventriculaires. Sans doute, nous pourrons, pour poser notre diagnostic, nous rappeler qu'il est toujours plus fort sur cette partie de la poitrine, qui correspond au lieu où il est produit, et si nous pouvions, dans tous les cas, reconnaître exactement la position des divers orifices du cœur, ce signe, tel qu'il est décrit par le docteur Hope, nous ferait bientôt remonter à sa cause. Mais l'expérience a prouvé que le maximum d'intensité du bruit anormal, indicatif de l'insuffisance des valvules aortiques, n'est point toujours dans le lieu qui correspond d'ordinaire à la racine de l'aorte, comme cela a été établi par MM. Hope et Charcelay ; car, dans le second cas du docteur Watson le murmure était plus fort au côté droit du sternum. Il est aussi très-probable que le grand accroissement dans le

volume du cœur qui coïncide si fréquemment avec cette affection, a pour effet d'altérer les relations qui existent normalement entre les diverses parties du cœur et la surface extérieure du thorax. Le bruit anormal, au second temps, indiquant une insuffisance des valvules sigmoïdes, ne peut être distingué de celui qui résulte d'un rétrécissement d'un orifice auriculo-ventriculaire, que parce qu'il peut être entendu dans le trajet de l'aorte et de ses principales divisions au cou, tandis que celui qui dépend de l'autre affection, quoique fort étendu parfois, ne suit jamais si distinctement le trajet des vaisseaux. D'un autre côté, ce trajet du bruit anormal ne pourrait servir à distinguer l'insuffisance des valvules d'un anévrysme de l'aorte qui produirait un bruit coïncidant avec la diastole du cœur (1). Alors la percussion du sternum et des parties voisines, un remarquable phénomène dans la marche du pouls, que nous mentionnerons tout à l'heure, et quelques autres circonstances, demandent à être pris en considération.

Quoi qu'il en soit de ce bruit anormal remplaçant le second bruit naturel du cœur, il est besoin d'autres signes pour reconnaître l'insuffisance des valvules de l'aorte, puisque l'on rencontre des cas de cette maladie qui n'offrent aucun bruit de cette espèce. Ainsi le docteur Corrigan, qui dit cependant l'avoir observé quelquefois, et qui, sans raisons valables, croit qu'il caractérise les cas où l'insuffisance est considérable, le docteur Corrigan ne le donne pas dans son résumé des signes de cette maladie. Des observateurs également compétents ont rencontré plusieurs cas sans le signaler ; aussi suis-je autorisé à penser qu'il peut manquer, bien que dans les quelques cas que j'ai examinés moi-même, il existât dans le trajet de l'aorte ascendante et ordinairement plus ou moins dans les branches

(1) *Edimb. med. and surg. journ.*, n° 127. (Sur les bruits produits par les anévrysmes sous-sternaux.)

principales, un bruit de souffle coïncidant avec le reflux artériel.

Les quatre exemples de cette affection que j'ai observés depuis peu présentaient tous un ou plusieurs des signes qui font, parfois, reconnaître le défaut d'action des valvules, et de plus, s'accordaient en cette circonstance qu'ils présentaient un phénomène remarquable dans la circulation. Ce phénomène me paraissant résulter nécessairement d'un mécanisme de la maladie et des lois qui régissent le mouvement du sang artériel je crois qu'il sera de quelque importance de le signaler à l'observation de ceux qui pourraient avoir l'occasion de pousser plus loin les recherches sur sa valeur. Ce signe est le prolongement considérable de l'intervalle qui existe entre la systole du cœur et le pouls des artères éloignées, comme la radiale.

Sœmmering, Wedemeyer, Magendie, Weber (1), et plusieurs autres physiologistes, d'accord avec ce que chacun peut déduire de l'examen de sa propre circulation, pensent, en effet, que, dans l'état de santé, il y a un degré de succession dans le pouls artériel. D'un autre côté, Harvey, Haller, Spallanzani, etc., admettent comme un fait sans réplique le synchronisme des pulsations artérielles avec celles du cœur : cette erreur, si facile à reconnaître et à rectifier, a même fourni à Kerr, dans ses objections à la doctrine de Harvey sur la circulation, un argument qui aurait été bien puissant, si le synchronisme eût existé comme Harvey l'avait supposé : « le mouvement d'un fluide, dit Kerr, poussé dans des tubes élastiques de diamètre semblable à celui des artères, et par une force beaucoup supérieure à celle du cœur, est cependant encore graduel, comme on peut s'en assurer par l'application du doigt, et même par la vue; au contraire le pouls des animaux à sang chaud est instantané, et comme le remarque Harvey, « *quasi trajecto fulgure.* » (2) De semblables observations doi-

(1) Burdach, *Physiologie*, t. IV.
(2) *Obs. on the Harveian doct.*, p. 20.

vent s'être présentées à l'esprit de tous ceux qui ont réfléchi sur le mécanisme de la circulation, et n'ont fait que fortifier la doctrine de la nécessité d'une succession dans le pouls; car, comme le remarque Spallanzani. « Bien qu'il soit évident que ce mouvement successif doive exister ; il ne peut être perçu en raison de cette rapidité de la circulation si étonnante, qu'au moment même où le cœur se contracte, l'aorte et tout le système artériel semblent battre à la fois et en même temps.» (3) De cette divergence d'opinions on peut présumer comme cela a lieu en effet, que la succession du pouls est extrêmement rapide, et que l'intervalle qui peut exister entre les pulsations de deux parties différentes du corps est extrêmement court.

On a expliqué la rapide transmission, dans les artères, du choc communiqué à une extrémité de la colonne sanguine, par l'état de réplétion où se trouvent les vaisseaux, (condition reconnue généralement comme essentielle à la promptitude d'ondulation des fluides renfermés dans des tubes élastiques.) Or, cet état de plénitude ne peut exister dans les gros vaisseaux, quand une partie du sang qui y est lancé retombe dans le cœur à chaque diastole des ventricules, comme cela doit arriver alors que les valvules aortiques ne peuvent plus remplir leurs fonctions. Chaque systole du cœur pousse une nouvelle onde sanguine dans les vaisseaux trop relâchés pour que le pouls se propage avec sa rapidité ordinaire; de là un accroissement remarquable dans l'intervalle qui sépare le battement du cœur de celui des artères de la périphérie. Cet intervalle, dans les cas sur lesquels je m'appuie, était si considérable que le pouls radial alternait exactement avec la systole ventriculaire, et se faisait sentir au milieu de l'espace de temps qui sépare les pulsations sucessives du cœur. J'ai examiné plusieurs personnes affectées de différentes formes de maladies de cœur, et jamais je n'ai observé cette particularité du pouls dans au-

(3) *Essais de Spallanzani sur la circulation.*

cun, si ce n'est chez ceux qui avaient présenté des signes d'insuffisance des valvules. Je rapporterai minutieusement ces derniers cas, pour qu'on puisse juger de la valeur probable du diagnostic; car, je n'ai pu confirmer qu'une seule fois, par l'autopsie, l'exactitude de mes prévisions. Trois des malades sont, autant que je puis le savoir, encore vivants, et le seul fait, de quelque importance, qu'on pourrait attendre de l'examen nécroscopique, serait relatif au degré d'insuffisance des valvules. Si ce degré est peu considérable dans ces cas qui nous ont offert un si grand intervalle entre la systole ventriculaire et le pouls des artères périphériques, nous devrons, dans les cas où l'insuffisance sera plus étendue, nous attendre à rencontrer un intervalle, sinon plus long, tout au moins aussi marqué. Que si, au contraire, dans ces cas, l'insuffisance était considérable, il est possible qu'à un degré peu avancé de cette affection, le retard dans la progression du pouls ne puisse être remarqué. Le docteur Corrigan a, il est vrai, établi que le bruit de soufflet, au second temps, tel qu'il existait dans mes observations, se rencontrait seulement dans les exemples d'altération considérable des valvules; mais cette opinion ne nous paraît pas être fondée sur ce que nous connaissons actuellement de cette maladie.

En l'absence de preuves oculaires j'établirai les bases sur lesquelles je fonde ma manière de voir; au moins dans deux des cas suivants, la maladie, lorsque je l'examinai, n'était pas à un état avancé.

Ces deux cas étaient caractérisés par un roucoulement prolongé, une sorte de son musical à la place du second bruit. Ce son était tellement prolongé, que de même que dans les observations du D[r]. Watson, on pouvait naturellement en conclure que le ventricule où refluait le sang, source de ce bruit anormal, ne se remplissait que graduellement. Or cette réplétion du ventricule n'aurait pu se faire avec lenteur, si le sang se fut précipité en bloc dans sa cavité par une large ouverture des valvules sygmoïdes, comme cela ar-

rive lors de son passage à travers l'orifice auriculo-ventriculaire. Dans l'histoire du 2e, nous tirerons la même conséquence d'un autre ordre de faits : le son musical cessa au bout de quelques mois, et fut remplacé par un bruit de soufflet, trop faible pour dénoter l'insuffisance des valvules, en même temps que l'intervalle entre l'impulsion du cœur, et la pulsation de l'artère radiale au poignet, se rapprochait de l'état normal. Il serait superflu de rechercher dans ce moment les causes dont put résulter ce phénomène. Il suffit de remarquer que dans ce cas il a existé évidemment, pendant un certain temps, une insuffisance des valvules sygmoïdes et que nous ne pouvons aujourd'hui nous refuser à admettre la possibilité de la cessation de cet état morbide ; en effet M. Charcelay d'une part, affirme que la turgescence inflammatoire des valvules peut causer leur insuffisance, et d'un autre côté, on peut raisonnablement présumer que dans quelques cas cette insuffisance peut se trouver compensée par l'accroissement de quelques végétations, ou par la formation de lames organisées. On peut donc, en pesant toutes les conditions de l'obs. II, présumer avec assez de raison que l'altération des valvules, si elle eût été considérable, n'eût pu disparaître comme cela a paru avoir lieu.

En réfléchissant à l'expansion dont les anévrysmes paraissent être le siège à chaque impulsion du sang, je craignais que dans les cas où cette maladie occuperait l'aorte sous-sternale, elle pût avoir pour effet de retarder la progression du pouls et par suite de diminuer la valeur de ce retard, considéré comme signe d'insuffisance. Pour résoudre cette question, je n'ai encore pu observer qu'un seul exemple de cette espèce d'anévrysme, et dans ce cas, malgré l'étendue considérable de la tumeur, qui occupait une grande partie du côté droit de la poitrine et était encore perméable au sang, les pulsations du cœur et le pouls artériel conservaient encore leurs rapports ordinaires.

Il n'y a rien de surprenant qu'il en soit ainsi : nous de-

vons nous rappeler cette remarque de Haller, que le sang reprend sa rapidité après avoir traversé un anévrysme, et que l'expansion de la tumeur, après chaque pulsation, est comme dans les artères saines, probablement plus apparente que réelle ; (s'il en était autrement le sac éprouverait nécessairement un accroissement permanent dans son volume, à chaque nouvelle ondée sanguine).

Pour conclure cette courte notice sur l'insuffisance des valvules sygmoïdes, il peut être utile de résumer les signes les plus saillants fournis par les divers observations des auteurs.

1°. Pulsation visible ou tressaillement remarquable des artères de la tête et des extrémités supérieures : ce signe se rencontre très-communément dans cette maladie ; mais il ne peut être considéré comme pathognomonique, parce qu'il ne se rencontre pas toujours à un degré suffisamment marqué, et qu'il peut résulter d'une grande hypertrophie du ventricule gauche, (c'est même à cette hypertrophie que M. Guyot l'attribue dans les cas d'insuffisance des valvules) ; il peut aussi avoir sa cause dans une simple excitation nerveuse (Corrigan) ; ce tressaillement des artères de la tête et particulièrement des artères carotides est un phénomène qui accompagne presque constamment la production du bruit de diable chez les femmes chlorotiques. (N. du R.) ; sa cause n'est point mise en lumière non plus par :

2°. Le bruit de soufflet et le frémissement qui accompagnent la diastole des artères, comme le pense le Dr. Corrigan ; en effet le premier peut résulter d'une simple irritation (Hope) et le second manque souvent tout-à-fait dans des cas de diastole. Ces phénomènes peuvent aussi résulter d'une disproportion entre le ventricule hypertrophié et l'orifice aortique, ou de végétations des valvules.

3°. Un bruit de soufflet, à la place du second bruit normal, ayant son maximum d'intensité sur le trajet de l'aorte et de ses principales divisions, indique une insuffisance des valvules,

sauf les cas rares d'anévrysmes de l'aorte sous-sternale qui peuvent donner naissance à deux bruits distincts (*Edinb. méd. and surg journ.*, n°. 127). Le son musical ou le roucoulement à la place du deuxième bruit, n'ont jusqu'à présent été observés que dans les cas d'insuffisance. Quant au souffle anormal pendant la diastole du cœur, que ce soit un bruit de soufflet ou une note sourde, il peut, contrairement à l'opinion du Dr. Hope, être très-fort dans le cas d'insuffisance des valvules sygmoïdes. Dans bien des cas cependant il n'y a pas de bruit de cette espèce.

4°. L'existence d'un intervalle anormal entre la contraction du cœur et le pouls des artères périphériques semble devoir être un signe de grande valeur dans le cas d'insuffisance des valvules aortiques. Si les recherces ultérieures prouvent qu'il est constant, il lèvera toutes les difficultés du diagnostic différentiel.

5°. La plénitude habituelle du pouls et les flexuosités artérielles sont les conséquences naturelles de l'hypertrophie du ventricule gauche ; dès le temps de Haller, on avait reconnu que la cause pouvait en être une insuffisance des valvules sygmoïdes (1). Plus longue est la durée de la maladie, plus ce signe deviendra remarquable.

Obs. Ire.—A. B., âgé de 42 ans, jardinier, 30 juillet 1836. — Cet homme nous raconta qu'il jouissait d'une bonne santé, jusqu'à il y a environ trois mois. Alors il devint sujet à l'asthme ou plutôt à une difficulté de respirer qui, d'ordinaire, l'attaquait le soir. Peu de temps après, il fut sujet à des accès de palpitation, et, pendant le paroxisme, à des douleurs qui s'étendaient dans toute la longueur de son bras gauche. Depuis plus de six semaines, ses souffrances étaient devenues particulièrement cruelles, il ne pouvait plus quitter la chambre, et souvent, passait la nuit sans dormir, par suite de la violence de la dyspnée. Pouls à 90, régulier et

(1) *Biol. von Trevir.* IV.

fort; pulsation visible dans les artères carotides et dans les radiales, mais à un moindre degré dans ces dernières.

Dans la région du cœur, il y a deux bruits anormaux à la place des bruits naturels, le premier est le plus fort. Vers l'extrémité sternale de la 4e côte, les deux bruits sont plus forts et plus superficiels, et il y a moins de différence entre eux. Ils sont presqu'égaux en intensité jusqu'à la partie supérieure du sternum; immédiatement au-dessus de cet os, ils deviennent profonds et rauques, ce qui n'empêche pas de sentir, à la même place, un certain degré d'impulsion pendant la systole des artères. Les deux bruits s'entendent dans toute la poitrine; en avant, ils sont moins distincts sur les côtes que sur le sternum; ils sont faibles en arrière. Ils ont le caractère d'un fort bruit de soufflet, excepté dans l'espace sus-sternal et dans les carotides. Dans ces vaisseaux, le premier bruit est rauque et éloigné, le second plus faible que dans la région précordiale. Matité étendue de cette région. Le choc du cœur, contre la paroi thoracique, est de temps en temps énergique pendant la diastole ou le deuxième bruit, et, dans ce cas, le bruit précédent n'est guère accompagné que d'une ondulation. En général cependant, l'impulsion arrive, comme d'ordinaire, pendant la systole du cœur. — Le pouls de l'artère radiale alterne de la manière la plus marquée, avec le premier bruit, ainsi qu'avec le choc du cœur quand celui-ci coïncide avec la systole. Quand, au contraire, le choc arrive au second bruit, il coïncide avec le pouls radial.

Le malade mourut quelques semaines après. Je n'assistai point à l'autopsie, mais le docteur Begbie, qui voyait le malade, me communiqua la note suivante, recueillie par ceux qui avaient fait l'examen du cadavre. Je dois observer que l'auteur de cette note ne connaissait ni les symptômes qui avaient existé pendant la vie, ni le diagnostic qui avait été posé. « Le cœur avait presque quatre fois son volume normal. Le ventricule gauche était très-dilaté et légèrement hypertrophié dans ses parois qui semblaient plus molles que de coutume, au point de s'affaisser pendant qu'on les coupait. L'ouverture aortique semblait trop large en proportion des valvules semi-lunaires, dont le tissu n'était cependant pas altéré. Le ventricule droit était dilaté, mais moins que le gauche. Les oreillettes étaient légèrement dilatées et leurs parois amincies. Le péricarde contenait trois ou quatre onces de sérosité sanguinolente. Les cavités pleurales contenaient une quantité considérable de sérosité, et étaient tapissées spécialement au voisinage du cœur, d'une couche épaisse de lymphe à divers degrés d'organisation. Les poumons

étaient évidemment congestionnés, mais n'offraient pas d'autre lésion. Il y avait un œdème léger du tissu cellulaire de tout le corps.

Obs. IIe. — J. P. Muebner, de moyen-âge, 4 juin 1836. — Il y a quelques semaines, cet homme eut un œdème considérable des membres inférieurs, et une grande difficulté de respirer. Sous l'influence du repos et de saignées modérées, l'œdème disparut et la dyspnée n'existait plus que lorsque le malade prenait de l'exercice.

Un murmure obscur accompagne l'impulsion du cœur, et bientôt lui succède un son musical à la place du bruit valvulaire normal. Ce son musical est bas, mais bien distinct. On l'entend parfaitement dans la région des ventricules; moins bien, toutefois, dans le point correspondant au ventricule droit ou à la base du sternum que sur le siége du ventricule gauche. Il a son maximum d'intensité au niveau de l'insertion du cartilage de la cinquième côte gauche au sternum. Il s'étend supérieurement en diminuant un peu, mais cependant il est encore tout à fait distinct en haut du sternum. Dans les carotides il y a un bruit de scie, profond et sourd, qui accompagne la contraction ventriculaire, et est remplacé par un bruit de soufflet moelleux. Le choc du cœur se fait sentir à la sixième côte; l'impulsion est très-forte, le pouls quelquefois intermittent, il est plein et ne monte pas à 80. Il y a, en général, un intervalle considérable entre l'impulsion du cœur et le pouls artériel au poignet. — De temps en temps, on ne peut distinguer cet intervalle anormal (1) Un intervalle inaccoutumé existe aussi entre le pouls de la carotide et celui de l'artère radiale. Distension permanente des veines du col, qui sont le siége d'une pulsation isochrone à la systole du cœur. Les artères carotides et les radiales offrent une pulsation très-visible.

Dans le mois d'octobre de la même année, le malade eut une exaspération dans ses souffrances, et fut encore soulagé au moyen de ventouses sur la poitrine, de vésicatoires et d'autres remèdes. Entre

(1) Cela résulte-t-il ou non de la coïncidence accidentelle de l'impulsion dans la région précordiale avec la diastole ventriculaire, comme dans le cas précédent? Je ne saurais l'affirmer; mais je serais porté à le croire, d'après cette circonstance, qu'il n'est nullement fait mention dans l'observation d'une difficulté de cette espèce à distinguer l'intervalle anormal qui séparait le battement de la carotide de celui de la radiale.

cette nouvelle attaque et celle dont il vient d'être parlé, il avait repris ses occupations et se sentit complètement en état de travailler pendant plusieurs mois, jusqu'au moment où, s'étant exposé d'une manière continue à un mauvais temps, il fut repris de ses premiers accidents, dyspnée, palpitation et œdème. Après la guérison de ces symptômes, sur la fin d'octobre, et depuis, à différentes fois, j'examinai les phénomènes de la circulation. Le 19 octobre, je trouvai l'impulsion du cœnr considérablement augmentée, surtout dans la région du ventricule gauche. Les pulsations artérielles n'offraient rien de particulier. Un bruit de souffle (murmure) remplaçait chacun des deux bruits dans la région du cœur. Le premier était moelleux inférieurement et n'était très fort dans aucun point de la poitrine, bieu qu'il allât graduellement en augmentant vers le haut du sternum. Dans les carotides, au contraire, il était comme auparavant, profond, rauque et se rapprochait du bruit de râpe. Le second bruit anormal était beaucoup plus prolongé qu'auparavant, mais moins développé et peu sonore ; son maximum d'intensité était encore au niveau du cartilage de la cinquième côte ; puis, en s'en écartant, ce bruit s'éloignait et devenait indistinct. Pouls régulier, à part quelques rares intermittences, peu fréquent et modérément plein. Après un examen attentif de plusieurs minutes, je ne trouve pas d'intervalle beaucoup plus considérable qu'à l'état normal entre le pouls du cœur et celui de la radiale.

Dans les examens subséquents, je pus observer une diminution graduelle dans le second bruit de souffle qui finit par perdre toute importance. L'état du pouls ne changea plus.

Diagnostic. Hypertrophie excentrique du ventricule, gauche surtout. Maladie des valvules aortiques ; probablement légère insuffisance, dans l'état d'abaissement de ces valvules.

Obs. IIIe.—J. H. âgé de 36 ans, fondeur en cuivre, mai 1836.— Les seuls renseignements qu'on put avoir sur ses antécédents sont les suivants : Il jouissait habituellement d'une bonne santé, et, jusqu'à ces derniers temps, avait peu de gêne du côté de la poitrine. Depuis un temps considérable, sa femme avait remarqué le bruit analogue au roucoulement dont il sera question plus loin.

Percussion naturelle sur les clavicules et le thorax. Toutefois la matité précordiale s'étend au-delà de ses limites naturelles, commençant au cartilage de la quatrième côte gauche, et s'étendant jusque vers la septième., deux pouces et demi au-dessous du ma-

melon décrivant ainsi un espace triangulaire, ayant pour limite le côté gauche du sternum et la septième côte, et près de quatre pouces de la base au sommet. Le murmure respiratoire est obscur, mais s'entend, sauf l'espace mat que nous venons d'indiquer. La pointe du cœur frappe entre les sixième et septième côtes, à deux pouces et demi du mamelon, au dessous de lui et à sa gauche. Impulsion modérée. Un bruit aigu, isochrone à la diastole des ventricules, est perçu sur la moitié inférieure du sternum. Avant une saignée du bras. qui a été faite récemment, on percevait ce bruit tout le long du sternum et des cartilages costaux contigus des deux côtés, et il était beaucoup plus fort que dans ce moment.

Le premier bruit du cœur est plus sourd, mais n'est pas autrement altéré; le deuxième est remplacé par un son musical remarquable, assez analogue au bourdonnement d'une guêpe. Ce bruit est très-distinct au niveau du point où la pointe du cœur frappe la paroi thoracique, et il augmente graduellement en se rapprochant du quatrième cartilage, au bord gauche duquel il est particulièrement marqué. De ce point au côté droit il devient parfois moins développé; mais il est peut-être plus fort qu'ailleurs au niveau du troisième et du quatrième cartilages droits. Il est très-distinct tout le long du sternum, à peine plus fort vers la partie moyenne de cet os. Je ne puis non plus affirmer le siége spécial et permanent du maximum d'intensité de ce son musical, qui semble avoir la même force au niveau du quatrième cartilage gauche des parties contiguës du sternum et des second, troisième et quatrième cartilages droits, bien que, de temps en temps, il y ait quelques légères variations. Partout, du reste, il est moins fort depuis quelques évacuations sanguines pratiquées il y a peu de temps.

A droite, soit en avant, soit en arrière, le bruit sonore est en quelque sorte plus fort que dans les points correspondants du côté gauche. Dans les carotides, il est consécutif à la diastole artérielle, et très-marqué, quoique moins qu'à la partie supérieure de la poitrine. Il y a un bruit de rape très-léger et très bref dans les carotides et les sous-clavières pendant leur diastole, et on ne l'entend nulle part ailleurs.

Pouls à 76, régulier, saccadé et un peu visible au cou. Le pouls des artères radiales alterne de la manière la plus distincte avec l'impulsion du cœur et le premier bruit, par suite de l'allongement extraordinaire de l'intervalle qui doit les séparer normale-

ment. Il y a une sensibilité très-vive de la partie moyenne du sternum et de toute la région du cœur.

Obs. IVe. — A. F., âgé d'environ 50 ans, commissionnaire. Avril 1837. — Pouls 120, fort et dur. Il a une grande gêne dans la respiration lorsqu'il monte un escalier ou une colline, bien qu'il puisse se livrer à son état sans trop de peine. Quand il est oppressé par suite de fatigue, il se trouve fort soulagé en buvant de la bière ou des alcooliques étendus.

La forme extérieure de la poitrine ne présente rien de remarquable. La pointe du cœur bat au niveau de la septième côte, à gauche, bien au-delà de sa position ordinaire. L'impulsion du cœur est extrêmement forte et ébranle toute la paroi antérieure du thorax, comme le feraient des coups qui se succéderaient rapidement. Les artères du cou battent avec une énergie remarquable, et leur mouvement est très-visible. L'impulsion du cœur et le battement des artères radiales alternent presque complètement; il n'y a pas, à beaucoup près, le même intervalle entre le battement de ces artères et celui des carotides. Au niveau de la région ventriculaire, on entend, pendant l'impulsion, un bruit sourd, rude, participant à la fois des bruits de soufflet et de rape; le second bruit est très-obscur et voilé. Au niveau du quatrième cartilage gauche, il y a deux bruits de soufflet superficiels et rudes; on les entend aussi sur le sternum, et c'est à la partie supérieure de cet os, du côté droit, que le premier est le plus marqué. Le maximum d'intensité du deuxième se rapproche davantage du quatrième cartilage gauche; toutefois ce bruit diminue peu en remontant jusque vers le haut du sternum. Il n'y a dans les carotides qu'un bruit de scie éloigné et rauque, isochrone à la contraction des ventricules. En arrière, le premier bruit de soufflet du cœur s'entend à peine à gauche, et il n'est perceptible qu'à droite. En avant, les deux bruits s'entendent mieux à droite qu'à gauche. Le malade a été affecté pendant plusieurs années des symptômes d'une affection du cœur. La percussion donne un son mat dans la région du cœur, dans un espace triangulaire de trois pouces à partir de la 4e côte (1).

(1) Depuis l'impression de ce travail, j'ai observé un cinquième cas offrant une pulsation visible du cou, un bruit de souffle au second temps, et l'accroissement de l'intervalle entre le choc du cœur et celui de l'artère radiale. D'un autre côté, j'ai vu une femme hystérique qui présentait des pulsations visibles et un bruit de soufflet au cou, sans cet état particulier du pouls.

(*Note de l'auteur.*)

Remarques sur le Mémoire précédent.

Le Dr. Henderson, dans le Mémoire que nous avons rapporté textuellement, a résumé avec assez d'exactitude les principales opinions qui ont été émises touchant les signes de l'insuffisance des valvules aortiques, nous ne sommes pas étonnés qu'il ait voulu fonder son diagnostic sur d'autres données, que celles qui sont fournies par l'auscultation. Les travaux les plus récents semblent, en effet, démontrer qu'il n'y à point une corrélation nécessaire entre les modifications pathologiques, que présentent les orifices du cœur et la production des bruits anormaux, que l'on constate par l'auscultation.

En 1834, à la Salpétrière, M. Dechambre a examiné scrupuleusement les différents orifices cardiaques sur quatre-vingt-quatre cœurs, ayant appartenu à des malades qu'il avait auscultés journellement, depuis un temps plus ou moins long.

Cinquante-huit fois, il n'y eût, dans aucun de sorifices, de traces de rétrécissements par ossification ou par toute autre cause. Trois fois le bruit de souffle ou de râpe se fit entendre.

Vingt-six fois, existaient des ossifications ou des indulations cartilagineuse, soit dans les valvules, soit dans les zones tendineuses des orifices; trois fois seulement le bruit de souffle avait eu lieu, d'une manière permanente ou passagère. Dans quelques-uns des cas où il n'y avait pas eu de bruit anormal, il y avait des rétrécissements plus considérables que dans d'autres où le souffle avait été observé.

Sur treize cas dans lesquels il y avait rétrécissement plus ou moins marqué des orifices cardiaques, trois fois le rétrécissement fut considérable, six fois il ne s'agit que de légères ossifications des valvules. Les bruits anormaux existaient dans cinq des trois premiers cas et dans deux des six derniers.

M. Piorry a depuis long temps appelé l'attention des observateurs sur des faits analogues, qui peuvent assurément être

opposés avec avantage aux théories nombreuses que l'on a publiées dans ces derniers temps.

Quant au signe invoqué par M. Henderson, quant à l'éloignement que l'on observe entre le moment de la diastole artérielle et de la systole ventriculaire, éloignement plus considérable que celui que l'on constate à l'état normal, et sur lequel M. Marc Despine (*Acad. de Méd.* Séance du 19 juillet 1831), a particulièrement insisté, c'est un fait nouveau dont l'analyse clinique peut seule exprimer la valeur il serait convenable que l'on entreprit quelques recherches à cet égard, nous avouons, que dans l'état actuel de la science, nous n'avons aucune donnée pour l'infirmer, ni pour le confirmer. (N. des R.)

Mémoire sur quelques faits pratiques de chirurgie; *par* M. Gerdy, *professeur de pathologie chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, et chirurgien de l'hôpital Saint-Louis,*

Rapport juridique et réflexions cliniques sur une plaie présumée de l'artère crurale et sur sa ligature qui a été suivie de guérison. — Je soussigné, docteur en chirurgie, professeur à la Faculté de médecine, chirurgien à l'hôpital de Saint-Louis, atteste que la blessure faite au nommé Fournier (Jean), dans la nuit du 23 au 24 avril 1837, peut très-bien l'avoir été par le *couteau serpette* qui m'a été présenté par le juge d'instruction, et que cette blessure était assez grave pour causer une incapacité de travail de plus de deux mois, comme le prouve la relation que j'en vais tracer. et les conclusions motivées que j'en déduirai.

Du 23 au 24 avril 1837, je fus appelé, au milieu de la nuit, pour donner des soins à un blessé nommé Fournier (Jean). Ses amis, en l'apportant à l'hôpital, avaient déclaré qu'il avait perdu beaucoup de sang, et ce malheureux avait eu plusieurs syncopes depuis son arrivée. A mon entrée dans la salle, l'interne de garde avait le doigt sur l'artère crurale qu'il ne cessait de comprimer malgré la fatigue qu'il en éprouvait. Il craignait de voir succomber

d'hémorrhagie le blessé, qui était d'ailleurs pâle, affaibli et refroidi par la perte de sang qu'il venait d'essuyer.

Voyant le seul aide instruit que j'avais en ce moment à ma disposition fatigué de comprimer l'artère crurale, je me hâtai d'examiner la blessure de Fournier pour agir au plus tôt et au plus vite.

Il portait à la cuisse droite une plaie de quatre pouces cinq lignes de largeur dans le milieu de sa longueur. Elle commençait à deux pouces sept lignes au-dessous du pli de l'aine et s'enfonçait dans le muscle couturier. Les bords de la peau étaient nettement coupés et l'angle supérieur de la division n'était pas plus ecchymosé que l'inférieur. Mais le fond de la plaie était en partie couvert de caillots vers l'angle supérieur, et il était ecchymosé. Les bords de la plaie du couturier étaient noirâtres. Voulant en sonder le trajet pour en connaître la direction, le malade poussa des cris et s'agita tellement que l'interne qui comprimait la crurale faillit l'abandonner. Quoique je m'aperçus alors que le blessé n'était pas aussi faible qu'il le paraissait, je ne jugeai pas à propos de continuer mes tentatives pour reconnaître le trajet de la plaie et par suite le vaisseau blessé et le siége de la blessure.

D'un autre côté, l'interne comprimant l'artère crurale à l'aine, il m'était difficile de la découvrir en cet endroit. D'ailleurs, l'indocilité du malade et ses cris auraient ajouté encore à la difficulté. En conséquence, après avoir cherché à lui faire sentir le danger de sa position, et à lui faire comprendre que sa vie ne tenait plus qu'à un fil qu'il pourrait rompre au moindre mouvement; après m'être assuré, autant que possible, de son immobilité au moyen de mes infirmiers, je me décidai à découvrir l'artère crurale dans la plaie même, pour ne point provoquer les mouvements du blessé par l'incision de la peau, toujours plus douloureuse que celle des parties sous-cutanées.

Comme d'ailleurs le fond de la plaie présentait une ecchymose et du sang caillé à sa partie supérieure; comme Fournier en avait perdu beaucoup, je supposai que le coup avait été dirigé horizontalement, ou même obliquement en haut pour pénétrer dans le ventre; que l'artère crurale avait été atteinte vers l'angle supérieur de la plaie, et que, probablement, j'arriverais par là à l'artère et à la blessure qui était la source de l'hémorrhagie.

En conséquence, je détournai en dehors le muscle couturier, et je commençai à découvrir le vaisseau; mais, à mesure que j'en approchais, l'ecchymose qui me guidait remontant plus haut que

l'angle supérieur de la division faite à la peau, je fus obligé de l'aggrandir, par en haut, de cinq lignes, environ; après quoi, l'artère étant peu à peu mise à nu, je la liai solidement au moyen d'un seul fil. L'opération achevée, je m'assurai que la plaie ne donnait plus de sang ; mais ne craignant plus que les cris et les efforts du patient ne reproduisent une hémorrhagie dont je venais de tarir au moins momentanément la source, je sondai sa plaie en traversant la division de treize lignes faite au milieu de la largeur du muscle couturier et parallèlement à sa longueur. Cette plaie me conduisit contre le fémur, à l'endroit où l'artère crurale s'en rapproche pour le contourner et passer derrière cet os. Je m'en assurai en y introduisant le doigt indicateur avec tous les ménagements possibles, et il pénétra quasi par toute sa longueur.

Je pansai alors la plaie convenablement et mis le malade à la diète, au repos et au silence. Deux jours après, la fréquence du pouls, qui battait 84 fois par minute, l'injection de la face, l'agitation du blessé, l'insomnie dont il était tourmenté, m'obligèrent d'ordonner une saignée. Je recommandai qu'elle fût forte (20 onces) pour affaiblir l'impulsion du sang dans l'artère liée, et les symptômes d'excitation disparurent. Du douzième au treizième jour de l'opération le fil de la ligature tomba ; néanmoins la suppuration de la plaie, qui était très-profonde, a retardé sa cicatrisation. Aussi elle ne s'est achevée qu'au bout de deux mois et huit jours, et quand le malade sortit, au mois de juillet, il conservait de la faiblesse et beaucoup d'amaigrissement, surtout dans le membre blessé, très-probablement par suite des hémorrhagies et de la suppuration qu'il avait essuyées.

Conclusions motivées. — Il résulte des faits que je viens de rapporter fidèlement: 1° que la plaie de Fournier n'a pu être produite que par un instrument dirigé de haut en bas et en arrière, puisque son trajet plongeait en arrière et en bas dans l'épaisseur de la cuisse, en se prolongeant au-dessous de son orifice; que par un instrument assez aigu, puisque l'angle supérieur par où il a pénétré ne présentait pas la moindre ecchymose à la peau; que par un instrument d'un tranchant assez vif, puisque la peau et le couturier étaient nettement coupés; or, le couteau qui m'a été montré par le juge d'instruction présente tous ces caractères et peut très bien avoir servi à faire la blessure de Fournier. 2° Il résulte encore de la disposition de la blessure, de sa largeur et de sa profondeur, qu'elle peut avoir été faite par un couteau à lame assez étroite et dont le ressort était médiocrement fort, puisqu'en même temps

que la main homicide l'enfonçait de haut en bas dans la cuisse ; elle pouvait, en pressant avec le tranchant et la base de la lame sur l'angle inférieur de la plaie donner à son orifice une longueur bien supérieure à la largeur de l'instrument vulnérant, sans qu'il se fermât. Or, le couteau qui m'a été présenté ayant une lame de six lignes de largeur et de deux pouces et demi de longueur, c'est-à-dire de 15 millimètres de largeur sur 8 centimètres environ, peut avoir servi à produire la blessure que nous avons soignée sur le nommé Jean Fournier.

3° Enfin, pour répondre à la dernière question de M. le juge d'instruction, non-seulement cette blessure a causé à Fournier une incapacité de travail de plus de vingt jours ; mais elle lui a fait courir de grands dangers et l'a retenu à l'hôpital pendant la durée de deux mois huit jours, malgré des soins que je regarde comme aussi rationels qu'ils ont été assidus.

Fournier, dont je viens de rapporter l'histoire, était âgé de 32 ans, il était d'une stature assez élevée et d'une vigueur peu commune. Il avait la peau brune des habitants des contrées méridionales de la France où il est né, et les cheveux et les yeux noirs. Il avait toujours joui d'une bonne santé quand, le 24 avril dernier, il reçut dans une querelle la blessure que j'ai décrite, et fut ensuite apporté à l'hôpital baigné dans son sang.

L'artère fémorale a été découverte par un procédé que j'emploie habituellement pour lier une artère. Après une incision de trois pouces faite à la peau pour découvrir la fémorale, j'ai écarté le muscle couturier sans avoir besoin d'inciser, d'abord, la peau ; et puis, saisissant, au devant de l'artère à découvrir, le tissu cellulaire, dans le même point, au moyen de deux pinces à disséquer munies de petits crochets, ce qui est plus commode, je l'ai déchiré en portant les deux pinces en sens opposé, en les écartant l'une de l'autre et répétant cette manœuvre autant de fois qu'il était nécessaire pour découvrir le vaisseau. Cette traction exercée parallèlement à l'artère et quelquefois en travers par les deux pinces est facile, et découvre le vaisseau sans le tirailler, par

ce que les deux pinces se prêtent un mutuel secours en tendant le tissu cellulaire entre l'une et l'autre, L'emploi simultané de ces instruments l'emporte de beaucoup sur l'usage de la sonde avec laquelle je vois tant de chirurgiens imprévoyants gratter le long d'un vaisseau, courant les risques de déchirer une artère malade, de rompre une veine à parois amincies ou de contondre un nerf. Je tremble toujours quand je vois certains chirurgiens qui opèrent sur le vivant, comme d'autres le feraient sur le cadavre, en agir ainsi, à l'aine et au détroit supérieur du bassin pour lier la fémorale ou l'inguinale externe, au cou, ou sur la première côte pour lier la carotide primitive ou l'axillaire, lieux où tant de parties délicates peuvent être meurtries, lésées et déchirées par un procédé aussi grossier.

Lorsque l'on entrevoit le vaisseau que l'on veut découvrir, qu'on le reconnaît à l'œil et au doigt, comme il n'est pas nécessaire et qu'il y aurait des inconvénients à le dépouiller de tout son tissu cellulaire dans l'étendue de plus de deux ou trois lignes, il ne faut pas dépasser ces limites. Il m'est arrivé de le faire dans une étendue moitié moins considérable. Il faut aussi continuer l'opération sur les côtés et même un peu en arrière de l'artère pour la dénuder de manière à pouvoir la contourner facilement avec une aiguille mousse ou un stylet d'argent et l'embrasser d'un fil.

Ce procédé permet de découvrir un vaisseau sans l'ébranler ni léser les parties voisines, de bien voir les parties sur lesquelles on opère, et de les distinguer toujours assez nettement pour les éviter. Aussi m'est-il arrivé en liant la carotide primitive de montrer aux élèves deux nerfs cardiaques accolés à ses parois et d'éviter de les comprendre dans la ligature jettée autour de ce vaisseau. Tel est le procédé que j'emploie depuis plusieurs années avec des succès constants, et que j'ai employé dans le cas rapporté plus haut, je ne saurais en recommander un meilleur.

J'ai placé la ligature chez Fournier, à cinq ou six lignes de la naissance de la profonde, contrairement aux principes

de *Jones* généralement adoptés. Ce n'est pas pour les fronder que je m'en suis écarté ; c'est d'abord parce qu'ayant mis l'artère fémorale à nu pour la lier au-dessus de l'endroit où je le croyais blessé, je n'étais plus obligé, en la liant à cet endroit, de faire subir au blessé une seconde fois les douleurs de l'opération ; c'est ensuite parce qu'il était très-irritable, très-souffrant, très-indocile et dans une agitation continuelle ; c'est parce que le seul aide intelligent que j'avais à ma disposition était fatigué de comprimer la crurale sur le pubis et me priait de me hâter; et c'est enfin parce que j'avais dès ce moment des raisons pour ne pas craindre beaucoup d'appliquer une ligature à peu de distance d'une grosse collatérale voisine. Je les exposerai, ces raisons ; après avoir fait une remarque sur le précédent motif.

Quoiqu'il ait été pour quelque chose dans ma détermination, il a exercé peu d'influence sur mon esprit. Il est toujours très-aisé de faire soulager l'aide qui presse sur un artère par les mains d'un deuxième aide moins intelligent qui pressent sur celles du premier. C'est toujours ce qu'il faut faire dans une pareille situation sans s'inquiéter, ni s'effrayer. Car si l'on s'épouvante, tout est perdu; on n'est plus propre qu'à tuer son malade.

Voyons maintenant les raisons de sécurité qui me restaient en liant la crurale à cinq ou six lignes au-dessous de la profonde. 1° Je suis persuadé que les artères liées résistent bien plus à l'effort du sang, à l'époque de la chute des ligatures, par la cicatrisation des tuniques et leur contraction, que par les adhérences du caillot avec les parois de l'artère ; 2° on peut diminuer cet effort par la diète, le repos le plus absolu et la saignée ; 3° enfin, l'expérience prouve qu'il y a moins de danger qu'on ne le pense à lier à cinq ou six lignes d'une collatérale voisine.

Au moment où tombe la ligature, une artère résiste plus à l'effort du sang, disais-je, par la cicatrisation des tuniques artérielles et leur contraction que par les adhérences du caillot avec les parois du vaisseau.

En voici les preuves : bien qu'en ouvrant une artère liée depuis dix ou quinze jours, on trouve ordinairement une cicatrice assez molle, qui souvent résiste peu sur le cadavre aux tentatives que l'on fait pour la rompre, il ne faut pas croire qu'elle fût aussi molle pendant la vie. C'est le caractère des cicatrices récentes de se détruire, de se dissoudre en quelque sorte après la mort. Dans une plaie de quinze jours réunie par la suture et par première intention, la cicatrice se détruit aussi facilement le lendemain de la mort. J'ai souvent vu avec étonnement que la peau, bien que paraissant solidement unie depuis plusieurs, quatre, six, huit jours, par exemple, se désunissait d'elle-même au moindre effort, vingt-quatre ou trente-six heures après la disparition de la vie.

D'un autre côté, bien que souvent on trouve dans une artère volumineuse comme la crurale, le caillot libre par sa circonférence et adhérent seulement par sa base, il ne faut pas encore s'imaginer qu'il en était ainsi durant la vie. Alors l'artère était contractée sur le caillot qu'elle embrassait étroitement par suite de sa contraction vitale lente... Et la preuve?... la voici : tous les vaisseaux liés et que l'effort du sang ne distend plus, reviennent peu à peu sur eux-mêmes au point d'effacer entièrement leur cavité, et de dégénérer en ligament, comme vous voyez, la veine et les artères ombilicales, le canal veineux et le canal artériel après la naissance. Si les vaisseaux forment un cul de sac où le sang se trouve retenu sans pouvoir sortir, sa fibrine se précipite et finit par former un caillot qui se moule dans la cavité du tube qui le recèle. Autrement, pourquoi aurait-il la forme cylindrique? Enfin, plus tard encore, si l'on a l'occasion d'examiner le vaisseau lié, on trouve le caillot adhérent à la surface interne des parois de l'artère. Donc, l'artère embrasse étroitement le caillot durant la vie; mais pourquoi alors quand on ouvre l'artère dix ou quinze jours après sa ligature, y trouve-t-on le caillot libre dans sa circonférence? Pour donner la solution de cette difficulté, je suis obligé de rappeler que les artères possèdent deux pro-

priétés fort différentes que les physiologistes confondent : par l'une, l'artère distendue par un liquide revient brusquement sur elle-même, se contracte soudain autant qu'elle peut et chasse une partie du fluide qui la distend. C'est une contractilité par ressort, c'est l'élasticité des physiciens; on l'observe sur le cadavre comme sur l'animal vivant. Par l'autre, les artères se contractent lentement et d'une manière continue jusqu'à effacer leur cavité; mais ce phénomène ne s'observe que pendant la vie, parce qu'il est tout vital; aussitôt que la vie cesse dans l'artère, ses parois, qui sont élastiques, s'écartent, reviennent à leur état de repos. C'est ce qui arrive peu de temps après la mort. Tant qu'il reste un principe de vie dans les artères, elles chassent, par leur contraction, le sang qu'elles renferment; elles se vident en entier ou presqu'entièrement, et aussitôt que la vie est éteinte dans leur tissu, l'élasticité les dilate comme nous le voyons sur le cadavre.

Ainsi, pour répondre à la question que nous nous sommes adressée, le caillot reste libre après la mort, dans l'artère avec laquelle il n'adhère pas, ou n'adhère pas encore assez solidement au moment de la mort, parce que dans les derniers moments de l'existence, l'artère s'est contractée lentement sur lui, jusqu'au moment où la vie étant entièrement éteinte dans le tissu de l'artère, son élasticité qui, comme propriété physique ne meurt pas, a ramené l'artère à sa dilatation naturelle. Ainsi comme le caillot qui remplit une artère liée ne peut être moulé que sur sa cavité, les parois du vaisseau l'embrassaient donc exactement pendant la vie et le caillot résiste donc plus à l'effort du sang au moment de la chute des ligatures, par la contraction de l'artère et par la cicatrisation de ses tuniques ulcérées, coupées et cicatrisées sous la ligature que par les adhérences du caillot très-faibles alors. Par conséquent, il n'est donc pas aussi dangereux qu'on le croit de lier une artère à cinq ou six lignes d'une collatérale voisine, et de n'avoir à opposer aux efforts du sang qu'un caillot de peu de longueur,

puisqu'il est toujours soutenu par la cicatrice et par la contraction des tuniques artérielles.

2°. D'ailleurs, on peut encore, ainsi que je l'ai dit, affaiblir les efforts du sang par la diète, un repos absolu du corps et de l'esprit, et par la saignée. Le travail de la digestion, les efforts musculaires et les émotions de l'âme agitent le cœur, augmentent les efforts du sang, et ont été trop souvent suivis d'hémorrhagie pour qu'on puisse à cet égard s'en rapporter au bon sens des malades, et on doit être fort sévère dans l'accomplissement rigoureux de ces préceptes. C'est aussi ce que nous avons fait pour Fournier.

Enfin, l'expérience, notre maître souverain en pareille matière, prouve qu'il y a réellement moins de danger que ne le croient les chirurgiens anglais et français depuis Jones, à lier une artère à cinq ou six lignes au-dessous d'une collatérale. Ainsi on l'a déjà fait plusieurs fois avec succès c'est-à-dire sans hémorrhagie, par le bout supérieur, à l'époque où la ligature vient à tomber. Or c'est précisément la prévision de cet accident qui a fait insister sur l'extrême danger des ligatures trop rapprochées des collatérales supérieures à la ligature. Ainsi on a lié la carotide externe, tout près de l'interne nécessairement, puisqu'elle n'a qu'une longueur de quelques lignes; la sous-clavière en dehors des scalènes immédiatement et par conséquent très-près de l'origine des artères cervicales, thyroïdienne, inférieure, mammaire interne, etc. On a lié, ainsi, un nombre de fois considérable, depuis Scarpa, l'artère fémorale au pli de l'aine, à quatre, cinq, ou six lignes de l'origine de la circonflexe de l'ilium et de l'épigastrique; déjà plusieurs fois l'artère l'iliaque externe à cinq où six de l'interne; celle-ci, deux fois, très-prés de l'externe. Le tronc si gros et si court de l'iliaque primitive a même été lié avec succès. Des demi-succès de MM. Mott et Graefe dans la ligature du tronc innominé ou brachio-céphalique, sur-tout celui de ce dernier, dont le malade a vécu cinquante-huit jours et est mort à la suite d'efforts imprudents et du séjour probablement nuisible d'un

presse-artère dans la plaie jusqu'au moment de la mort, permettent de regarder la ligature du tronc brachio-céphalique lui-même comme possible.

Vous trouverez les preuves de ces diverses assertions dans la lecture des observations recueillies dans plusieurs ouvrages et notamment dans Hogdson et S. Cooper.

II. *Rapport médico-légal et réflexions cliniques sur un cas très-curieux de plaie de poitrine.*

A la requête de M. le procureur du roi et de M. le commissaire de police du quartier de la Porte Saint-Martin, je soussigné, etc., déclare avoir examiné, en présence du commissaire de police et de mes élèves, le nommé Damême (Auge-Albert), âgé de 37 ans, charretier vidangeur, couché à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-Louis, n° 73, lequel est atteint d'une blessure au dos, etc., etc.

1°. *Etat actuel.* — Le malade porte une plaie verticale de sept lignes de long, située au niveau de l'angle inférieur du scapulum (omoplate), sur le bord externe de la masse des muscles sacro-vertébraux, à quatre travers de doigt de la ligne médiane du dos. Cette plaie, semblable à celles qui sont faites par un instrument tranchant, a ses bords agglutinés. Il y a un peu de gonflement en bas, à droite et à gauche. Il pourrait bien provenir des morsures de soixante sangsues qui y ont été appliquées il y a quelques heures. D'ailleurs il n'appartient pas à un emphysème, car il n'y a pas la moindre crépitation dans la tumeur. Les bords de la plaie, séparés par une légère traction, il reste une ouverture ovalaire de deux lignes environ de largeur dans son milieu, et rien ne s'en échappe au dehors. Ne devant pas nous permettre de sonder cette plaie ; de peur de détacher un caillot salutaire, et de provoquer une hémorrhagie, nous ne pouvons en apprécier la profondeur.

La poitrine ne résonne que médiocrement aux environs de la plaie ; mais autant cependant que du côté opposé. Il faut pourtant en excepter un point assez circonscrit, au-dessous de l'angle inférieur du scapulum et en dehors de la blessure ; là il y a un peu de matité. La plaie n'offre pas de douleur à la circonférence, lorsqu'on y exerce de légères pressions; mesurée dans son contour, la poitrine, présente la même étendue à droite et à gauche, au niveau et un peu au-dessous de la plaie.

La respiration est libre, lente, facile, quand elle n'est pas forcée; mais lorsque le malade fait de grandes aspirations, il éprouve de la douleur dans le côté gauche de la poitrine, et particulièrement à gauche et en arrière, à peu près au niveau des attaches du diaphragme. Le bruit respiratoire s'entend partout excepté du côté gauche, au-dessous de la plaie. Des secousses imprimées au thorax, mais avec toutes les précautions convenables, n'occasionnent ni douleur, ni fluctuation appréciables. Le malade ne tousse point, ne crache pas et n'a même envie de tousser ni de cracher. Lorsqu'il parle sans effort, il n'éprouve ni douleur ni même de fatigue, tandis qu'il en ressent dans le cas contraire; mais dans l'une et l'autre circonstances, on ne peut reconnaître d'égophonie ou de voix tremblante comme celle de la chèvre.

Les battements du cœur sont assez sonores et s'entendent même du côté droit de la poitrine en y appliquant l'oreille; ils n'offrent d'ailleurs rien de particulier dans leurs autres caractères. Le pouls est médiocrement fort, mou, régulier, et donne 70 battements par minute, lesquels correspondent exactement à ceux du cœur.

La peau est moite, sans être couverte de sueur en aucun point.

Le malade n'a pas uriné depuis l'instant de sa blessure. La soif est vive, le ventre est libre, mou, indolent même à la pression.

Le malade n'éprouve aucune gêne dans les mouvements, si ce n'est dans le côté gauche de la poitrine, lorsqu'il se place sur son séant. Il ne souffre d'ailleurs dans aucune partie du corps et des membres, et il présente à la jambe droite une petite ulcération ancienne qui est sans importance.

2°. *Circonstances antérieures.* — Le malade s'est toujours bien porté; cependant, en 1830, il fut atteint, pendant l'hiver, d'une fluxion de poitrine du côté gauche. La maladie n'a duré que vingt jours. Trois fortes saignées paraissent avoir suffi pour y mettre fin. Depuis cette époque, le malade ne s'en est pas ressenti et n'a éprouvé aucune autre affection.

Le 20 mai 1833, à la suite de quelques plaisanteries probablement blessantes pour un camarade auquel il les adressait, celui-ci lui donna dans le dos un coup de couteau. Cet instrument est un couteau de poche fermant très-facilement. Sa lame peut avoir deux pouces et demi de longueur sur six lignes de largeur; la pointe n'est pas très-aiguë. La plaie qu'il a produite a une ouverture dont la largeur correspond exactement à celle de la lame. Le couteau est ensanglanté uniformément jusqu'au manche et sur les deux faces de la lame, en sorte qu'il est très-probable qu'il a été

enfoncé jusqu'au manche lui-même, et n'a point été rougi par un jet de sang seulement.

Au moment du coup, le blessé a ressenti une douleur médiocrement vive, et quoiqu'il fût assis et n'eût pas reçu de la part de son adversaire un choc assez violent pour en être renversé, il tomba néanmoins contre le comptoir du marchand de vin, et de là par terre, comme cela arrive assez souvent dans les blessures de la poitrine ou du ventre, même peu graves.

D'après ce que nous avons appris, la plaie a peu saigné. Le malade a été aussitôt relevé et apporté à Saint-Louis. Nous l'avons trouvé, dès ce moment, dans un état à peu près semblable à celui que nous avons exposé plus haut sous le titre d'état actuel. Cependant la plaie saignait légèrement, mais l'écoulement du sang n'augmentait, comme on le voit dans certaines plaies pénétrantes, ni quand le malade s'étant tenu quelque temps dans une position verticale, se couchait horizontalement, ni quand on lui faisait exécuter avec modération un effort d'expiration, la bouche et le nez fermés. Il n'y avait point de douleur au côté gauche, même dans les plus grandes aspirations. Le pouls était fort et plein, ce qui pouvait tenir à ce que le blessé avait mangé auparavant. Je crus devoir ordonner une saignée de quatorze onces, pour prévenir tout épanchement et toute inflammation du côté de la poitrine; mais je la fis retarder d'une heure, afin de donner à l'estomac le temps de se débarrasser de la plus grande partie de ses aliments.

Le malade revu trois ou quatre heures plus tard, je crus devoir combattre la douleur qui venait de s'accroître dans le côté gauche de la poitrine, par une application de soixante sangsues. C'est quelques heures après l'emploi de ce moyen que nous avons rédigé ce rapport et ses conclusions.

Conclusions. — L'état actuel de Damême ne permet ni d'affirmer, ni de nier que la plaie dont il est atteint pénètre dans la poitrine. S'il y avait expulsion et aspiration d'air par la plaie, si l'on n'entendait pas le bruit respiratoire, s'il y avait emphysème, s'il y avait matité évidente dans le côté gauche du thorax, si ce côté était plus étendu que l'autre dans sa circonférence, s'il y avait œgophonie, s'il y avait fluctuation évidente à l'oreille par la succussion, s'il y avait tintement métallique, si le malade eût éprouvé à la suite de sa blessure les symptômes d'une hémorrhagie intérieure; si tous ces symptômes étaient réunis, il serait certain qu'il existe un épanchement, et par cela même très-probable qu'il serait dû à ce que la plaie serait pénétrante; mais tous ces caractères manquent.

Il y a bien un peu de matité, le bruit respiratoire est même insensible à l'oreille; mais ces deux caractères peuvent tenir à l'ancienne affection de poitrine dont le malade a été atteint il y a trois ans, et il faudrait l'avoir étudié avant sa blessure, pour savoir à quoi s'en tenir sur la valeur de ces symptômes. S'il y avait toux et crachement de sang écumeux, quoique la toux pût tenir à une affection antérieure des poumons, le caractère écumeux du sang prouverait que les poumons sont blessés, et par conséquent que la plaie est pénétrante et grave ; mais heureusement ces phénomènes manquent. Quant à la douleur qui s'est développée dans le côté gauche de la poitrine, elle peut tenir sans doute à ce que la plèvre, ayant été atteinte, s'est déjà enflammée; et l'absence d'épanchement simultané peut être due à ce que d'anciennes adhérences des poumons ne permettent pas un épanchement; mais cette douleur peut être due aussi à ce que le couteau ayant glissé en dehors des côtes, a déchiré violemment les parties molles sans pénétrer dans la plèvre et surtout dans le poumon.

Cependant la grande étendue de la douleur, l'absence de toute trace d'ecchymose et d'épanchement sous la peau, nous portent à penser que la plèvre ou les anciennes adhérences que nous supposions en unir les lames, pourraient bien avoir été en partie déchirées par le couteau.

En définitive, il est possible que l'instrument ait pénétré dans la poitrine, et probable qu'il n'a pas atteint le poumon, ou du moins l'a blessé très-légèrement, et que la maladie, quoique simple en ce moment, puisqu'on n'y trouve aucun des symptômes qui annoncent la lésion des poumons, peut devenir grave, si la blessure parvient à réveiller une vive inflammation dans le côté gauche du thorax. Nous avons néanmoins l'espérance qu'un traitement actif et la bonne santé habituelle du blessé préviendront d'aussi funestes suites; mais nous n'oserions l'assurer.

Remarques cliniques.

Tel est le rapport qui fut remis au Procureur du roi dans la soirée du 20 mai 1833. Il renferme l'histoire du malade, depuis le moment où il fut frappé jusque quatre heures après sa blessure. Nous allons maintenant en raconter les suites et déduire les réflexions que fait naitre cette importante observation.

Etat consécutif. — Vers 10 heures du soir, six heures après la blessure et quatre heures après l'application des soixante sangsues

dont il a été question, la douleur dans le côté gauche persistant, je fis appliquer de nouveau quarante sangsues dans le même point.

21 *mai*. A la visite l'état général n'a subi aucune modification. La peau est chaude et humide, la douleur a diminué sensiblement, mais se fait encore sentir dans les grandes inspirations, il n'y a pas de toux. Les signes stéthoscopiques restent les mêmes. Les bords de la plaie sont agglutinés et entourées d'un empâtement peu considérable, mais sans rougeur. Pendant la nuit le malade éprouve du calme et dort quelques heures; des crachats muqueux, sans mélange de sang, sont expectorés sans efforts de toux.

22. La douleur persiste avec le même caractère et remonte vers l'épaule du même côté; le pouls est à 80 pulsations et la respiration n'est pas plus accélérée qu'à l'état normal; dans la journée, le malade ayant, malgré mes ordres, reçu quelques visites et parlé beaucoup, le soir nous le trouvâmes avec de l'anxiété, uno respiration plus fréquente et rendue plus difficile, par l'accroissement de la douleur qui occupait alors tout le côté gaucho. Le pouls était plus fréquent et plus dur; du reste pas de toux, pas d'expectoration. Alarmé de ces symptômes, je fis appliquer cinquante sangsues et donner un lavement émollient. La nuit, le malade fut agité, eut des sueurs à plusieurs reprises, et ne dormit pas.

Le 23, à la visite, nous trouvâmes la douleur un peu diminuée; la face était pâle, la peau chaude et humide; le pouls médiocrement développé battait 90 pulsations par minutes, le nombre des respirations était monté à 36. Une soif vive était survenue, la langue était blanchâtre, piquetée, un peu sèche à son centre: tout, en un mot, indiquait un changement fâcheux dans l'état du blessé. Le soir, la douleur augmenta encore, la fièvre devint plus intense, l'oppression plus forte. Trente sangsues, dont l'effet fut suivi d'une syncope, furent appliquées. Le malade était plongé dans un état de malaise, le pouls était devenu petit, misérable: l'écoulement de sang fut arrêté, et on appliqua un vésicatoire sur le côté gauche, en dehors et en dessous du mamelon. La nuit se passa dans une agitation extrême et le malade ne put goûter un instant de repos.

24 au matin: malaise général, et faiblesse extrême; le pouls est à 104 pulsations et le nombre des respirations est porté à cinquante. Une douleur entoure tout le côté gauche de la poitrine, comme une demi ceintre, et s'étend jusque dans l'épaule. Vers les quatre heures du soir, l'anxiété est portée à son comble, le

malade se retourne et s'agite dans son lit sans pouvoir respirer ; il meurt tout-à-coup, au milieu de cet accès de dyspnée.

Nécropsie faite le 25 mai, vingt-quatre heures après la mort.— *État extérieur.* — Cadavre d'un sujet à proportions athlétiques. Peau généralement pâle, livide à la face, offrant à la partie inférieure et postérieure du côté gauche de la poitrine de nombreuses piqûres de sangsues et la plaie d'un vésicatoire, au-dessous et en dehors du mamelon gauche... Un peu au-dessous de l'angle inférieure de l'omoplate du même côté se trouve la plaie, dont les bords sont en contact et autour de laquelle existe un emphysème sous-cutané considérable qui s'étend à tout le côté correspondant de la poitrine et au cou. Le côté droit du thorax n'en offre que des traces.

Thorax. — La peau et les muscles qui environnent la plaie étant disséqués et rabattus, on voit que cette plaie pénètre directement à travers le neuvième espace intercostal, en dehors de l'attache des muscles sacro-lombaires, en intéressant le bord supérieur du grand dorsal... On coupe ensuite avec un sécateur les dernières côtes, le long de la colonne vertébrale. La pression exercée sur la poitrine fait sortir par la plaie un liquide sanguinolent mêlé de bulles gazeuses. La plèvre costale étant décollée, présente une ouverture correspondant à la plaie extérieure dont elle offre l'étendue. On ouvre alors largement la poitrine, et l'on trouve dans le côté gauche trois livres environ d'un liquide fortement sanguinolent, toute l'étendue de la plèvre recouverte d'une fausse membrane molle de même couleur, le poumon refoulé en haut et en dedans, réduit au tiers de son volume, offrant en arrière à un pouce et demi de sa base, une plaie verticale, à bords un peu écartés, de cinq lignes de longueur et dans laquelle une sonde pénètre sans effort jusqu'à sept lignes de profondeur.

Si l'on insuffle le poumon, l'air sort par cette plaie ; l'incision du tissu environnant, le montre un peu infiltré de sang, mais souple et doué de sa consistance normale. Le reste du tissu pulmonaire est sain. Dans la plèvre du côté droit existe un épanchement de six onces environ de sérosité légèrement sanguinolente, au milieu de laquelle nage une couenne jaunâtre, molle ; le poumon n'offre rien à noter ; le péricarde contient trois à quatre onces de sérosité rosée ; le cœur assez volumineux renferme peu de sang, ses ventricules sensiblement dilatés et avec amincissement de leurs parois. La veine cave incisée laisse écouler une grande quantité de sang noir.

Abdomen. Quelques onces de liquide, d'un rouge pâle, étaient épanchées dans le péritoine. L'estomac et les intestins distendus par des gaz offrirent une membrane muqueuse pâle et consistante dans toute son étendue. Les autres organes de l'abdomen étaient sains.

Crâne. — Les méninges offraient un peu d'injection, le cerveau était pâle et ferme. La moelle épinière n'a point été examinée.

Le malheureux événement dont Damême a été la victime, est un cas remarquable sous plus d'un rapport.

Nous nous arrêterons un instant sur l'instrument de la blessure ; nous nous occuperons ensuite de la discordance qui paraît avoir existé entre les lésions matérielles et les symptômes de la marche de la maladie, de l'incertitude de notre diagnostic et de notre pronostic, enfin du traitement que nous avons vainement mis en usage avec plus d'espérance que de succès dans les premiers moments et bientôt même sans aucun espoir.

Le couteau était un mauvais instrument à lame courte, de deux pouces de long, très-mobile, et se fermant très-facilement. Aussi je suis encore étonné que le meurtrier en ait porté un coup si fort et si ferme à son adversaire. Le coup avait été donné, en effet, avec tant de force et de fermeté, que la lame avait pénétré jusqu'au manche. Ce qui le prouvait, c'est que le manche était taché de sang à l'extrêmité par laquelle il s'unit avec sa lame, précisément comme si on l'eût enfoncé à une ou deux lignes de profondeur dans du sang liquide, chose assez rare, car d'habitude l'arme en sortant de la plaie est essuyée par les vêtements du blessé.

Le fait le plus remarquable de l'observation de Damême est assurément la discordance des lésions matérielles et des symptômes.

Ce n'est pas qu'il soit impossible de trouver dans les auteurs, des exemples de plaie pénétrante de poitrine et du poumon, où il y eut aussi discordance entre les lésions et les

symptômes ; mais alors on connaissait mal les phénomènes de ces lésions, plusieurs de ceux de que nous connaissons aujourd'hui étaient complétement ignorés. Ainsi la succussion ou la fluctuation étaient oubliées; le tintement métallique, l'œgophonie, l'absence du bruit respiratoire dans les épanchements liquides et gazeux des plaies pénétrantes étaient à découvrir ; la matité elle-même est un signe découvert depuis le dernier siècle seulement.

Il n'est donc pas étonnant que dans un temps où la hernie du poumon, le crachement d'un sang rouge et écumeux, et l'emphysème étaient les seuls symptômes connus d'une plaie pénétrante du poumon, tous ces symptômes vinssent à manquer.

Mais aujourd'hui que tant de caractères peuvent faire reconnaître les plaies pénétrantes, c'est un fait bien remarquable que tous manquent à la fois, et je ne crois pas que depuis les progrès que le génie de Laennec a imprimés au diagnostic des maladies de poitrine, on ait publié un fait aussi intéressant.

Le lecteur a dû aussi être frappé de la rapidité avec laquelle la maladie a marché malgré l'activité du traitement mis en usage, et de l'obscurité du diagnostic. Il a dû observer combien j'ai dû me féliciter de la prudence et de la réserve que j'ai apportées, lorsque dans mes conclusions j'ai déclaré que l'état actuel de Damême ne permettait d'affirmer ni de nier la pénétration de la plaie dans la poitrine et le poumon. Si, comme semblait l'autoriser l'état du blessé, on eût dit que la blessure n'était pas pénétrante, quel éclatant démenti l'examen cadavérique n'eut-il pas donné à cette assertion ? et pourtant ce diagnostic n'eut-il pas été en quelque sorte légitimé par l'absence complète de tout signe de pénétration, au moment où j'ai rédigé mon rapport et donné mes conclusions.

Je donnerai des exemples de ces signes dans un second

article et j'en discuterai l'importance en m'appuyant d'observations nombreuses.

Un fait encore très-remarquable dans le cas qui nous occupe, c'est le peu de gravité de la blessure dans les premiers moments, c'est l'espérance qu'inspirait l'absence de tout symptôme de pénétration et de tout phénomène grave. Ce fait nous montre combien nous devons être réservés quand nous sommes appelés par une famille ou un magistrat à prononcer sur la terminaison définitive d'une maladie, et combien nous devons nous tenir en garde contre les accidents, les imprudences et mille autres circonstances qui peuvent venir renverser un pronostic en apparence solidement établi, se jouer de tous nos calculs et de nos espérances comme de nos craintes.

Cette prudence est toujours nécessaire dans la pratique particulière comme dans un rapport médico-légal ; mais jamais autant que lorsque nos paroles sont destinées à être recueillies par un magistrat, conservées pour éclairer la justice, et par suite exposées à la critique des avocats. Aussi je ne saurais trop recommander aux médecins d'apporter la plus grande attention et la plus grande sévérité dans les conclusions de leurs rapports. J'y suis d'autant plus fondé qu'ils pèchent trop souvent par défaut de prudence et de réflexion, et donnent prise à des accusations graves, qui compromettent leur honneur, leur considération et leur fortune, c'est-à-dire, tous leurs plus chers intérêts.

Le traitement a été aussi énergique qu'il était nécessaire. Pendant quatre jours, on a pratiqué une saignée de quatorze onces, et 180 sangsues ont été appliquées. On ne saurait non plus nous accuser d'avoir épuisé le malade par des émissions sanguines aussi abondantes et aussi rapprochées; nous montrerons dans un prochain article que les anciens sont allés bien plus loin que nous sous ce rapport, sur des sujets certainement moins vigoureux, et qu'ils n'ont eu qu'à s'applaudir de leur hardiesse. Le succès que nous avons obtenu d'abord était assurément le résultat du traitement. D'un autre côté,

il n'est pas douteux pour moi que les excès de parole auxquels le malade s'est livré dans la journée du 22 mai, n'aient de beaucoup aggravé les accidents qui l'ont conduit au tombeau. Aussi ne puis-je trop insister sur le précepte de condamner au silence le plus absolu les personnes atteintes de plaies de poitrine. On sait, depuis les beaux travaux de Laennec, que la parole détermine dans le poumon des vibrations assez fortes. Dès lors elles peuvent faire naître, ou tout au moins augmenter une phlegmasie dans l'organe blessé, et surtout elles ont dû causer chez Damême le décollement des deux surfaces opposées de la plaie du poumon et l'épanchement qu'a montré l'autopsie. Il est probable qu'on l'eût reconnu à quelques symptômes, si l'on eût pu se permettre de tourmenter le malade peu avant sa mort, pour satisfaire une vaine curiosité, curiosité sans but, puisqu'il n'y aurait pas eu lieu à changer le traitement auquel le malade était soumis.

De la résection des ulcères succédant à de petits abcès sous-cutanés, de cause syphilitique, par M. BONNET, *chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon.*

(IIe. et dernier article.)

Les ulcères syphilitiques qui succèdent à des tubercules n'appartiennent point au sujet de ce mémoire : ceux dont je veux parler succèdent à de petits abcès sous-cutanés comme l'ont très-bien vu MM. Ratier et Cullerier. Ils sont précédés d'une accumulation de pus qui soulève la peau sans en changer la couleur. Plus tard, celle-ci devient cuivrée, amincie, se soulève davantage, et finit par s'ulcérer au centre de son décollement : l'ouverture qu'elle présente laisse échapper un peu de pus, s'aggrandit de jour en jour jusqu'à ce que l'ulcération ait atteint les limites du décollement, et lorsque le fond grisâtre de l'ulcère est mis à nu, il se déterge, comme on

dit, ou mieux il se débarrasse du pus qui l'infiltre, sécrète une matière organisable, et finit par se cicatriser. Comme ces ulcères sont toujours nombreux, il est ordinairement aisé sur un même sujet d'en suivre tous les degrés.

Cette description rapide n'est qu'une répétition de celle que j'ai donnée, au commencement de ce mémoire, de tous les ulcères qui succèdent à de petits abcès sous-cutanés. Je l'ai reproduite toutefois, afin que l'on comprît bien, d'après les faits qu'elle rappelle, toutes les particularités que présentent les ulcères syphilitiques, leur forme arrondie, la disposition de leurs bords taillés à pic, l'aspect grisâtre de leur fond, et la teinte cuivrée de la peau qui les entoure.

Les petits abcès qui les précèdent n'occupent guère, comme ceux des furoncles, que l'une de ces petites cavités que la peau présente en si grand nombre à sa face interne, pour le passage des nerfs et des vaisseaux qui vont à la face superficielle. Ils doivent donc en prendre la forme, d'autant plus qu'à moins de pressions qui s'y opposent, les liquides affectent toujours cette forme.

Le petit abcès soulève la peau, et la rompt dans le centre da la portion qu'il soulève ; l'ulcération qui précède cette rnpture marche de la face profonde à la face superficielle : elle est plus étendue sur la première que sur la seconde de ses faces, de sorte que l'ouverture qu'elle forme permet d'apercevoir directement le fond de l'ulcère, et semblo, comme on dit, taillée à pic.

Le fond est grisâtre, parce qu'il est infiltré de pus ; peut-être aussi parce qu'il est recouvert d'un peu de tissu cellulaire et de fausses membranes gangrenées. Quant à la limite cuivrée, ce n'est qu'une modification spéciale de cette teinte violacée que présente toujours la peau décollée par des abcès chroniques.

Ainsi s'expliquent les caractères des ulcères syphilitiques qui succèdent des abcès sous-cutanés. Ils sont bien différents,

comme on le voit, de ceux qui dépendent de l'ulcération des tubercules. Ces derniers sont sans décollement de la peau, et peuvent affecter toutes les formes, même les plus irrégulières.

Les ulcères syphilitiques qui succèdent à des pustules sous-cutanées demandent avant tout un traitement interne, comme tous les effets de la syphilis constitutionnelle ; mais lorsqu'après ce traitement général, de nouveaux symptômes ne se manifestent plus, s'ils restent stationnaires, s'ils ne peuvent être guéris par des applications locales, ils doivent être convertis en plaies par la cautérisation, ou mieux par l'excision. Les effets de ce dernier procédé pourront être jugés par les observations suivantes : elles sont peu nombreuses, car les ulcères succédant à de petits abcès sous-cutanés sont les plus rares parmi ceux qui dépendent de la syphilis constitutionnelle.

Obs. Ve.— Un plâtrier, âgé de 35 ans, vint à l'hôpital pour y être traité d'ulcères syphilitiques au bras droit, et aux deux côtés du cou. De l'âge de 27 à 31 ans, il avait eu quatre blennorrhagies traitées seulement par les antiphlogistiques et les émollients, et de sa 32e à sa 33e année, des douleurs et des gonflements dans les os des jambes et des avant-bras. A 33 ans, s'étaient déclarées des ulcérations au bras et au cou, en tout semblables à celles que j'ai décrites plus haut. Ces ulcérations se prolongèrent deux ans, sans aucune tendance à la guérison. Pendant ce temps, le malade suivit des traitements mercuriels par la liqueur de Van Swieten, les pilules de Dupuytren, celles d'iodure de mercure. Ces traitements, quoique suivis avec régularité et persévérance, ne produisirent aucun effet utile sur les ulcères. Seulement, pendant la dernière année de leur emploi, il ne se manifesta plus aucune ulcération, ni aucun autre symptôme syphilitique. Jugeant d'après cela que la maladie générale pouvait être guérie, je pensai à employer l'excision des ulcères. Ceux qui étaient au bras au nombre de neuf à dix, grouppés dans un espace de trois pouces de long sur un et demi de large, étaient agglomérés les uns à côtés des autres. La peau qui les séparait était violette, molle, presque entièrement décollée. Je résolus de ne faire qu'une seule plaie de tous ces ulcères. Je les circonscrivis tous entre deux incisions faites dans

les parties saines, et j'en détachai le fond en disséquant sur l'aponévrose.

Je fis également la résection de petits ulcères occupant derrière chaque oreille un espace égal à une pièce de trois francs; ces ulcères étaient également multiples et agglomérés les uns à côté des autres.

Je pansai d'abord avec de la charpie, puis avec du vin aromatique et de l'ongnent mercuriel Je fis commencer le traitement par les frictions mercurielles; au bout de sept semaines, la guérison était complète. Le malade sortit de l'hôpital. Je lui conseillai de continuer encore les frictions.

Obs. VI°. — Un homme d'une forte constitution eut, à l'âge de 29 ans, quelques chancres à la verge, qui se cicatrisèrent sans qu'il suivît de traitement antisyphilitique. Deux ans après, parurent des ulcérations au-devant de la moitié supérieure de la jambe du côté droit, avec gonflement du tibia.; ces ulcérations, précédées chacune de pustules sous-cutanées, étaient au nombre de huit, lorsque le malade entra à l'hôpital. Elles étaient évidemment de nature vénérienne. L'on prescrivit un traitement par les frictions mercurielles, un gros tous les deux jours, les bains et la tisane sudorifique. Ce traitement fut continué sept semaines. Pendant sa durée, les ulcérations déjà formées ne se cicatrisèrent pas, il s'en forma même de nouvelles; l'inflammation circonvoisine s'étendit , et lorsque, revenu d'un voyage, je vis ce malade pour la première fois, il avait dix-sept ulcérations, sans compter plusieurs points où une inflammation sous-cutanée de peu d'étendue annonçait des collections de pus dont l'ouverture devait bientôt produire de nouvelles solutions de continuité. Je fis continuer le traitement encore pendant quinze jours. mais les glandes salivaires s'étant affectées au bout de ce temps, je le suspendis et fis panser avec du vin aromatique. Sous l'influence de ce moyen encore prolongé pendant trois semaines, le mal n'éprouva aucune amélioration, il tendit même encore à s'étendre et continua à faire éprouver des douleurs assez vives. Je me décidai alors à la résection. Je fis celle de tous les ulcères ouverts, et ayant confondu ceux qui étaient très-rapprochés entre les deux incisions qui devaient les circonscrire, j'eus treize plaies longitudinales; j'incisai en outre quatre petits abcès qui commençaient à se former. La peau décollée qui recouvrait ces ulcères, et les parties infiltrées de pus qui en formaient la base se déchiraient sous la plus légère traction.

L'opération dura dix-sept minutes. Il y eut, comme toujours, une effusion de sang assez considérable en nappe. Je l'arrêtai en pansant avec de la charpie sèche. A la levée du premier pansement, cinq jours après l'opération, le gonflement diminué, le malade n'avait éprouvé aucun symptôme général. A peine avait-il perdu un peu l'appétit. Pendant tout le reste du traitement, je fis appliquer des bandelettes de diachylon disposées comme un bandage de Scultet, que l'on ne changeait que tous les cinq jours; au dix-septième, après l'opération, j'explorai le membre avec attention, pour voir s'il ne restait pas quelques petits abcès annonçant l'apparition de nouveaux ulcères; je n'en trouvai que trois, je les incisai longitudinalement. Depuis ce temps, il ne s'en forma pas de nouveaux, et onze semaines après la résection, ils étaient tous guéris. Le malade sortit neuf jours après cette cicatrisation. Il était très-bien guéri. Je n'en ai pas eu depuis de nouvelles.

De la résection des ulcères qui succèdent à des pustules sous-cutanées de cause scrofuleuse.

Les ulcères scrofuleux succèdent le plus souvent à des abcès sous-cutanés assez étendus qui occupent tantôt le tissu cellulaire, et tantôt les glandes. Pour qu'ils se cicatrisent, il faut que la peau qui les recouvre, singulièrement amincie, molle et infiltrée de pus, s'absorbe ou soit enlevée, ou que le fond également infiltré de pus ou de matières dites tuberculeuses se débarrasse de ces produits sans organisation, véritables corps étrangers. Dans la vue de hâter l'accomplissement toujours si lent de ces phénomènes, la plupart des chirurgiens réséquent les parties décollées. Mais l'opération, ainsi faite, est incomplète et insuffisante, puisqu'elle n'agit pas sur le fond de l'ulcère. Aussi, lorsque je la pratique, après avoir fait deux incisions semi-elliptiques qui dépassent un peu les limites des décollements et circonscrivent une plaie allongée, j'enlève avec le bistouri le fond de l'ulcère. Lorsque j'opère au cou, comme c'est d'ordinaire, pour éviter les vaisseaux, j'introduis le doigt dans la plaie circonscrite par

les deux incisions semi-elliptiques, et je tâche d'énucléer la glande, en introduisant le doigt entre elle et le tissu fibreux qui l'entoure. Quelquefois j'ai réussi à l'enlever, d'autres fois je n'ai pu que broyer ce tissu infiltré de suppuration. Ainsi détachée, celle-ci s'élimine facilement ensuite. Ce genre de résection pour des ulcères succédant à de grands abcès scrofuleux, je l'ai mis si souvent en usage que je pourrais en citer un grand nombre d'exemples particuliers; mais comme ce que j'ai fait ne diffère que par l'enlèvement de la base, de ce que font la plupart des chirurgiens qui résèquent les bords décollés et dont quelques-uns même extirpent les glandes; comme du reste ces ulcères scrofuleux sont parfaitement connus, je ne rapporterai pas les observations avec détail, et je me contenterai d'en indiquer le résultat général.

Lorsque le malade n'avait que quatre à six ou sept ulcères, la résection du fond et des bords décollés a toujours été suivie de la guérison dans l'espace de six semaines à deux mois. Mais lorsque des ulcères déjà formés, des abcès prêts à s'ouvrir recouvraient tout le cou, une partie de la face et de la partie supérieure de la poitrine, comme on le voit souvent, les résections, qui nécessairement ne pouvaient pas atteindre tout le mal, ne produisaient que des effets incomplets : plusieurs ulcères se cicatrisaient, mais d'autres en voie de guérison devenaient eux-mêmes le siège de petits abcès qui déchiraient les cicatrices déjà formées ; l'amélioration était toutefois assez sensible et assez rapide pour que je continuasse à faire ces résections à l'hôpital dans lequel un long séjour est nuisible surtout aux malades dont la constitution est détériorée. Avec des lésions locales aussi graves que celles de ces abcès ulcérés en grand nombre, plus de dix mois sont nécessaires pour obtenir une amélioration par les topiques de diverse nature. En six semaines à deux mois après la résection, le mal est tellement amélioré que le malade peut sortir, et que l'exercice et le bon air peu-

vent suffire pour amener sa guérison à laquelle des altérations locales ne s'opposent plus. Sur quatre malades, ces résections multipliées n'ont été suivies que d'une légère irritation fébrile. Mais un autre qui fut opéré dans l'été de 1837, à une époque où les érysipèles ambulants régnaient d'une manière épidémique, fut pris de l'un de ces érysipèles qui l'emporta après avoir parcouru toute la tête, la poitrine et le ventre. Je dois faire remarquer qu'à cette époque, les érysipèles se développaient sous les influences les plus légères, et que je perdis entre autres un malade chez qui l'érysipèle avait été déterminé simplement par l'application d'un séton à la nuque. Evidemment la maladie qui emporta celui à qui j'avais fait des résections multipliées ne dut sa gravité qu'à l'influence épidémique, et l'opération qui la précéda n'en fut que la cause occasionnelle. Je me borne à indiquer ces résultats généraux obtenus de la résection des ulcères succédant à de grands abcès scrofuleux, et je reviens au sujet spécial de ce mémoire, c'est-à-dire aux ulcérations multipliées qui succèdent à de petits abcès ou à des pustules sous-cutanées.

Celles qui se développent sous l'influence des scrofules occupent ordinairement les joues, les lèvres, les oreilles et le nez. Elles sont toujours grouppées en grand nombre, et se manifestent à l'extérieur par des boutons larges et peu élevés. Ceux-ci deviennent rouges : à leur centre paraît un petit point blanc, qui s'ouvre et donne issue au pus. Le trou qui résulte de l'ulcération de ce petit point blanc, permet l'introduction d'un stylet qui pénètre au-dessous d'une peau ramollie et violette et peut la soulever circulairement dans l'étendue d'une à deux lignes. Cette peau décollée s'absorbe peu à peu, et laisse à nu le fond de l'ulcère également ramolli et infiltré de suppuration. Le mal se prolonge ordinairement pendant plusieurs années.

Lorsqu'il siége sur le nez, il occupe ordinairement l'extrémité de cet organe, dont il commence par détruire la peau et le tissu cellulaire sous-cutané ; et comme au-dessous de la

portion détruite se forment nécessairement de nouveaux épanchements de matière organisable, ce qui ramollit les tissus, et de nouvelles suppurations qui les ulcèrent en se faisant jour au dehors, la destruction marche et s'étend jusqu'à la partie cartilagineuse du nez.

Cette destruction, véritablement scrofuleuse, est très-distincte de celle qui est produite par les dartres rongeantes, les cancers et les affections syphilitiques. Je m'étonne beaucoup de ne pas en voir faire mention dans les Traités de maladies de la peau.

Obs. VII°. — Un jeune homme de 23 ans portait, depuis six ans, une grande partie de la figure couverte d'ulcérations scrofuleuses succédant à des pustules semblables à celles que je viens de décrire et dont il m'a fourni en quelque sorte le type.

La joue droite et la partie correspondante du menton étaient presque complètement envahies, il y restait à peine quelques parties saines ; la joue du côté opposée n'offrait que quelques ulcérations. Le cou était tuméfié par quelques glandes scrofuleuses, mais aucune d'elles ne tendait à la suppuration.

Les parties malades offraient tous les degrés du mal ; pustules commençantes, pustules ouvertes seulement à leur centre, ulcérations avec des bords décollés, complètement découvertes par l'absorption des bords. Je commençai à détacher avec le bistouri et suivant les règles indiquées en général une partie de ces portions de peau ramollies et criblées d'ulcérations. J'aurais pu enlever toutes les parties malades dès la première fois, je préférai y revenir sept jours après, et une fois encore vers le quinzième jour. A cette époque, j'avais détaché toutes les portions de peau désorganisées, mais la profondeur de l'ulcération m'ayant empêché d'atteindre les parties saines, je me décidai à mettre la pâte arsenicale sur la moitié inférieure de la face qui était le plus malade. Cette pâte tomba neuf jours après son application, au vingt-huitième jour du traitement. Les parties qu'elle avait recouvertes tendant à la guérison beaucoup mieux que les autres, qui avaient été pansées au début avec de la charpie et plus tard avec du vin aromatique, j'en étendis une couche légère sur toutes les ulcérations, et je la renouvelai de temps en temps. S'il se formait, dans l'intervalle de ces applications, quelques pustules nouvelles, je les perçais avec un crayon pointu de nitrate d'argent, avant qu'elles

se fussent fait jour au dehors, et j'en cautérisai soigneusement le fond.

Les applications de pâte arsénicale furent continuées pendant tout le cours du second mois ; et lorsqu'à la chute des escarres je trouvai qu'il n'y avait plus de portions de peau décollées, que le fond me parut disposé à la cicatrisation, je pansai avec des compresses trempées dans du vin aromatique. Sur la fin du troisième mois, la guérison était complète. Abandonnée à elle-même, comme je l'ai dit plus haut, la maladie durait depuis six ans.

Obs. VIII. — Une fille de dix-neuf ans portait, depuis deux ans, des ulcérations au nez, aux paupières et à la joue. Plusieurs de ces ulcérations s'étaient cicatrisées spontanément, et la joue gauche offrait une large cicatrice qui s'était formée sur une surface ulcérée. Cette partie avait mis seize mois à guérir. Lorsque la malade vint à l'hôpital, le nez et la partie de la joue située au-dessous des deux paupières inférieures étaient le siége d'ulcérations étendues. En examinant avec un stylet la surface de ces ulcères, on pouvait en faire pénétrer la pointe dans plusieurs petits trous et la glisser au-dessous de la peau décollée dans plusieurs endroits ; dans d'autres, cette peau était absorbée, et l'on voyait le fond grisâtre et infiltré de pus de plusieurs des ulcères. L'extrémité du nez et une partie de sa cloison avaient été détruites par ces ulcérations; car les petits abcès qui les précédaient ne s'étaient pas bornés au tissu cellulaire sous-cutané, ils pénétraient jusque dans l'épaisseur des cartilages. Ne pensant pas qu'il fût possible de guérir par des remèdes, à moins d'un temps fort long, une maladie aussi grave, je n'hésitai point à exciser avec le bistouri toutes les parties ramollies et infiltrées de pus, et, deux jours après, j'étendis une couche de pâte arsénicale sur toutes les parties que j'avais excisées.

La pâte arsénicale tomba partiellement du neuvième au douzième jour qui suivit son application. Elle me parut avoir agi assez profondément sur les ulcères de la joue : je me contentai de les panser avec des compresses trempées dans du vin aromatique. Mais au nez, la destruction qu'elle avait opérée n'étant pas assez profonde, j'en appliquai une nouvelle couche. Celle-ci y resta jusqu'au vingt-cinquième jour après la rescision; et, lorsqu'elle fut tombée, je pansai également le nez avec du vin aromatique. La cicatrisation qui s'était faite en partie sous la pâte arsénicale, marcha rapidement ensuite ; et les ulcères de la joue

étaient cicatrisés un mois après leur résection, et ceux du nez trois semaines plus tard.

Obs. IXe. — Je fis subir absolument le même traitement à une autre personne de 17 ans, d'un tempérament lymphatique, dont l'extrémité du nez et la cloison, à une assez grande profondeur, étaient criblées de petites ulcérations infiltrées de pus, autour duquel végétaient de fausses membranes rougeâtres. Après une excision qui enleva toutes les parties les plus altérées et qui emporta une grande portion du nez, je détruisis ce qui était malade par trois applications successives de pâte arsénicale. La dernière tomba dans le cours de la troisième semaine du traitement. Avant la fin du second mois, la guérison était complète.

En général lorsque l'on traite des ulcères rongeants de la face, on se borne à décrire les ulcères syphilitiques, cancéreux, et ceux que l'on rapporte au lupus. On néglige les ulcères rongeants scrofuleux, qui diffèrent essentiellement de tous les autres. La base de ceux qui sont cancéreux est squirrheuse; celle du lupus ne contient point de pus, elle est ramollie et infiltrée de sang : celle de l'ulcère scrofuleux est infiltrée de petits abcès qui s'ulcèrent, et de matière organisable qui ne peut devenir fibreuse, et reste à l'état de fongosités. L'ulcère qui la recouvre est tout aussi rebelle aux modificateurs que la dartre rongeante; il ne guérit que lorsqu'on en détruit les parties altérées par le bistouri ou les caustiques, et qu'on le remplace ainsi par une plaie véritable. Les observations que j'ai citées montrent avec quelle rapidité ils marchent alors à la cicatrisation.

D'après les faits exposés dans ce mémoire, on voit que les affections générales telles, que la syphilis, les scrofules, celles qui sont produites par les fièvres intermittentes prolongées, peuvent entraîner des suppurations qui se rassemblent dans de petits abcès sous-cutanés et produisent des ulcérations rebelles, confondues bien à tort avec les maladies du derme, et que la guérison naturelle de ces ulcères ne peut

s'opérer qu'après l'absorption de la peau qui les recouvre et l'élimination du pus qui infiltre leur base ; que le temps, les topiques et les remèdes internes peuvent être et sont en effet d'ordinaire impuissants à produire ces changements salutaires, et que s'ils n'ont pu les amener, il faut recourir à l'excision seule ou jointe à l'action des caustiques qui convertit ces ulcères en plaies, et les place ainsi dans les conditions les plus favorables à la cicatrisation.

Remarques historiques relatives à l'art des accouchements, et particulièrement à l'accouchement forcé. Par P. Guillemot, D.-M.

Jusqu'à la fin du 16ᵉ siécle, les pertes abondantes de sang qui arrivent dans les derniers mois de la grossesse, furent considérées comme fatales à la mère et à l'enfant. Lors même qu'avant cette époque on eût remarqué que l'accouchement seul mettait un terme à cet accident redoutable, l'observation fut restée stérile, car l'art n'était pas assez avancé pour imiter l'œuvre de la nature. La doctrine de la version du fœtus par la tête régnait encore, et la version du fœtus par les pieds n'avait son application que dans les cas où l'extrémité pelvienne était la partie du fœtus la plus rapprochée du col utérin. La révolution qu'Ambroise Paré apporta dans la pratique des accouchements ne fut accomplie que lorsque la version par les pieds ne fut pas seulement mise en usage dans les positions défectueuses du fœtus, mais encore qu'elle fut prescrite dans tous les cas où il était urgent de terminer promptement l'accouchement (1). De ces principes établis dut bien-

(1) *OEuvres d'Ambroise Paré*, livre de la *génération*, ch. 31, 32, 36.

tôt découler le précepte d'accoucher la femme, quel que fût le terme de la grossesse, lorsqu'une perte utérine mettait sa vie en péril. Ambroise Paré ne se borna pas à l'indiquer, il fut le premier qui osa en faire l'application.

Si la postérité fut juste envers Paré pour les perfectionnements dont il a enrichi l'art; si elle lui a donné la gloire en échange des services qu'il a rendus, elle semble néanmoins avoir méconnu ses droits quand il s'est agi de l'accouchement forcé. Louise Bourgeois, dite Boursier, a eu tout l'honneur de cette découverte. Cette opinion s'est propagée sans contestation jusqu'à nous, en acquérant une nouvelle autorité des écrivains célèbres qui l'ont adoptée. Si, de nos jours, il s'est élevé quelques doutes sur l'origine de l'accouchement forcé, jamais Paré n'a été soupçonné d'en être l'auteur. Aussi est-il besoin d'agiter de nouveau cette question, et de ne produire l'opinion que j'émets, qu'entourée de preuves nombreuses, capables d'entraîner la conviction.

Deux ouvrages parurent sur les accouchements dans l'année 1609. L'un fut publié par Louise Bourgeois. Le privilége, qui fut donné porte la date du 24 décembre 1608. L'autre est celui de J... Guillemeau, intitulé : *De l'heureux accouchement des femmes*. La date du privilège est du 25 mars 1609. La première édition du livre de Louise Bourgeois est assez répandue de nos jours dans le commerce. C'est toujours elle que l'on consulte, quand il s'agit de cette sage-femme. L'édition désignée de l'ouvrage de Guillemeau est si rare, qu'elle a été ignorée de Haller. Je n'en connais qu'un exemplaire, qui se trouve à la bibliothèque de l'arsenal. Cet ouvrage est néanmoins indiqué par Portal dans son *Histoire de chirurgie et d'anatomie*, et par Fournier dans la *Biographie universelle, ancienne et moderne*. Les citations que l'on fait de cet auteur sont toujours tirées des éditions postérieures, surtout de celle de 1642. Ces éditions ne sont que des réimpressions de celle de 1609, du moins sous le rapport de

l'objet dont il sera ici question. L'*Epître dédicatoire* était alors adressée à Du Laurens, premier médecin du roi, et datée du 1er avril 1609. J'avais besoin de donner tous ces détails, comme autant de preuves contraires à l'assertion de madame Boivin, qui pense que la première édition du livre de Guillemeau ne remonte qu'à l'année **1619**. Il paraît même, comme le croit Haller, que l'ouvrage de Guillemeau aurait été imprimé pour la première fois en 1598. Mais cette édition, si elle existe, serait moins précieuse pour nous, car elle ne contiendrait point les faits et les observations rapportés dans l'édition de 1609.

Examinons maintenant l'un et l'autre ouvrages dans leurs rapports historiques sur l'accouchement forcé.

Dans le livre de Louise Bourgeois dite Boursier, intitulé : *Observations diverses*, etc., on lit les passages suivants :

« Quand une femme a une perte de sang, démesurée sur sa grossesse, dont elle tombe en foiblesse... il faut venir à l'extraction de l'enfant avec la main, la faiblesse relasche les ligamens du col de la matrice, tellement qu'elle s'ouvre autant que si la femme avait grand nombre de douleurs : mais les eaux ne se trouvant pas formées, il faut rompre les membranes, et tirer l'enfant par les pieds, c'est le moyen de sauver la mère et de donner le baptême à l'enfant. Je l'ai fait pratiquer par consentement et en présence de feu M. Lefébure, médecin, et de M. Lemoine, et M. de L'Isle, aussi médecins, fort doctes, d'autant que j'avois vu que ces pertes là sont cause tout-à-coup de la mort de la mère et de l'enfant, cela fut fait à la femme d'un conseiller de la cour du parlement, laquelle étoit grosse de six mois. Son enfant vescut deux jours, elle a porté d'autres enfans depuis, les médecins recognurent, que si l'on eust différé une heure davantage, la mère et l'enfant estoient morts. M. Lefébure récita cette pratique là aux escoles de médecine, et dit qu'en pareil cas, il conseilloit aux assistans d'y procéder de mesmes, veu qu'il avoit veu mourir d'honnêtes femmes, faute de l'avoir faicte. Environ

un an après, je fus appelée pour veoir la femme d'un fripier de la place Maubert, laquelle n'avoit pas une perte si à coup; elle fut quatre ou cinq jours, comme elle vit qu'elle n'en pouvait plus, elle m'envoya prier de l'aller veoir, je la trouvai en une sueur froide, le poulx d'une personne qui se mouroit, j'envoyai quérir un chirurgien, pour esviter le blasme, et pour oster le regret de la laisser mourir sans l'accoucher en diligence, lequel l'accoucha fort doucement. Elle mourut un quart d'heure après ; estant ouverte, il ne fut pas trouvé en son corps une goutte de sang ; si elle eust été secouruë en temps, l'on l'eust sauvée, la sage-femme lui disoit, qu'il fallait laisser faire nature, et qu'elle en avoit eu austrefois de mesmes,..... De pertes semblables à celles dont je viens de parler, en mourut feuë mademoiselle d'Aubray, femme de M. d'Aubray, qui a été prévost des marchands ; aussi en est morte madame la duchesse de Montbazon, et tant d'autres, moi cognoissant que le flux de sang n'est entretenu que par la grossesse, l'ayant veu cesser si tost que la femme est accouchée, j'ai mis cette pratique en avant, laquelle j'ai cognuë trop tard à mon gré, pour la conservation de celles que j'ai nommées, encore qu'elles n'aient esté servies de moy, mais si la pratique eut été plus tôt en usage, elles fussent encore vivantes au contentement de leurs familles.» (*Chapitre* 50. f°. 32, 33 et 34. édition de 1619.).

C'est sur ces passages qu'Astruc (1) s'est fondé, pour attribuer à Louise Bourgeois l'honneur de l'accouchement forcé, comme si le témoignage seul de cette sage-femme devait suffire pour décider la question en sa faveur. Sandifort (2), sur l'assertion de cet auteur, s'est déclaré le parti-

---

(1) « C'est à une sage-femme, appelée Louise Bourgeois, dit Astruc, que le hazard s'est offert et qui a sçu en profiter, etc. » (*Art d'accoucher*, p. 45, édition de 1771.)

(2) *Dissertatio de artis obstetricæ hodiernorum præ veterum præstantiâ*. P. 132. *Anno* 1783. *Lugduni Batavorum*, t. II°, p. 114.

san de cette opinion. Sue, dans ses *Essais historiques sur l'art des accouchements* (1), n'a fait que répéter ce qu'avait déjà dit le médecin français. Madame Boivin (2), ne me paraît point avoir étudié ce point de l'histoire de la science des accouchements, car elle ne fait que reproduire les idées d'Astruc. Seulement elle s'étonne que Guillemeau, chirurgien de Henri IV, en parlant de cette méthode, n'ait point fait mention de la sage-femme à l'épouse de ce grand roi. Haller, seul de tous les écrivains, a modifié à un tel point l'opinion d'Astruc, en la rapportant, qu'elle n'est plus telle qu'on la lit dans l'ouvrage du médecin français ; *Conslium ei tribuit J. Astruc, quod ex primis dederit, ut continuò fœtus educatur quando sanguinis ex utero jactura urget.* (*Bibliot. Chirur.*, t. 1. 287.)

Je ne traiterai pas ici la question de savoir si Louise Bourgeois a exprimé formellement dans les passages cités la prétention de s'attribuer cette découverte, ou si elle a voulu seulement se glorifier d'avoir été l'une des premières sage-femmes à la mettre en pratique. Cette dernière interprétation paraît être celle que Haller y a attachée, et l'ensemble des citations l'autorise. Cependant, acceptons la déclaration de Louise Bourgeois, daus le sens qu'on lui a généralement donné. Seulement, prenons acte de l'aveu qu'elle a fait de n'avoir connu cette pratique qu'après la mort de la duchesse de Montbazon. Comme elle n'a pas précisé cette époque, je vais y suppléer. Henri IV, voulant se reconnaître des services que lui avait rendus Hercule de Rohan dans ses guerres contre la Ligue, fit revivre en sa faveur le duché-pairie de Montbazon, qui se trouvait éteint, depuis 1589, par la mort de son frère aîné. Dans l'année de cette nouvelle érection, c'est-à-dire en

(1) T. IIe, p. 114.

(2) *Nouveau Traité sur les hémorrhagies de l'utérus*, p. 17 de la préface.

1594, Rohan épousa mademoiselle de Senoncourt, qui prit alors la qualité de duchesse de Montbazon. C'est elle dont parle Louise Bourgeois. Il ne peut y avoir ici de doute, car cette dame était la seule en France, et surtout à la cour, qui eût le droit de porter ce titre au temps où Louise Bourgeois était sage-femme, et avant la publication de son livre. Elle accoucha, le 5 août 1598, de Louis de Rohan, 7e de nom, et, en décembre 1600, de Marie de Rohan. Elle mourut en 1602. Son mari était pourvu alors de la charge de grand-veneur de France (1). Ce fut donc seulement dans cette année que Louise Bourgeois pût connaître la méthode qu'elle devait plus tard *mettre en avant*.

Passons maintenant à l'ouvrage de Guillemeau. Comme on a cité avec complaisance les passages les plus saillants du livre de Louise Bourgeois, je dois en faire autant pour celui de Guillemeau. Je le ferai avec d'autant plus de raison, que les faits que je rapporterai ne sont pas connus.

« L'an 1599, dit cet auteur (2), mademoiselle Simon, à présent vivante, fille de M. Paré, conseiller et premier chirurgien du roi, étant preste d'accoucher, fut surprise d'un grand flux de sang, ayant prés d'elle madame la Charonne pour sage-femme, estant pareillement assistée de MM. Hautin, Médecin ordinaire du roy et docteur en médecine à Paris, et M. Bigault, aussi médecin à Paris, à raison des syncopes qui lui prenoient de quart d'heure en quart d'heure, pour la perte de sang qu'elle faisoit. M. Marchand, mon gendre, et moy fûmes mandéz ; mais la considérant presque sans poulx, ayant la voix foible, les lèvres blesmes, je fis pronostic à la mère et à son mary qu'elle étoit en grand danger de sa vie, et qu'il n'y avoit qu'un seul moyen de la sauver de ce mal, qui estoit de la délivrer

---

(1) Voir le grand Dictionnaire de la noblesse, *Rohan*, par le P. Anselme.

(2) Edition 1re, p. 229.

promptement : *Ce que j'avois veu pratiquer à feu M. Paré, son père, me l'ayant fait faire à une damoiselle de madame de Senneterre.* Lors ladite mère et mary nous conjurèrent de la secourir, et qu'ils la mettoient entre nos mains pour en disposer : ainsi promptement, suivant l'avis de messieurs les médecins qui y estoient présens, elle fut heureusement accouchée d'un enfant plein de vie.

« L'an **1600**, rapporte encore Guillemeau, il survint un flux de sang impétueux à une grande dame, pour la frayeur qu'elle eut d'un grand esclat de tonnerre. Soudain il me fut commandé de l'aller visiter... Estant arrivé, je reconnus que son flux de sang estoit fort appaisé ; mais comme elle estoit contrainte de s'en aller à douze ou quinze lieues de Paris, et craignant que ledit flux de sang ne continuast, M. Marchand, mon gendre, la conduisit audit lieu par eau ; où estant arrivés, le flux de sang lui reprit : ce qui fut cause qu'il en donna un mauvais jugement, contre l'opinion de M. de la Rivière, premier médecin du roy, qui estoit audit lieu. Occasion que je fus mandé en poste avec M. Renard, médecin du roy, où estant arrivé, les affaires estoient en meilleur estat ; ledit sieur de la Rivière s'achemina vers le roy. Mais soudain le flux de sang recommença ; ce qui fut cause que l'on envoya quérir MM. Marescot et Martin, médecins du roy, lesquels ne peurent sitôt arriver qu'elle ne fust accouchée. Ce que les parens et amis de ladite dame, ensemble MM. Renard, Marchand et moy, fusmes d'avis de faire, pour la grande perte de sang qu'elle faisoit, et les syncopes fréquentes qui la prenoient : et sitost qu'elle fut accouchée, ledit flux de sang cessa. » (p. **229**, première édition,)

Ces citations démontrent que l'accouchement forcé avait été pratiqué long-temps avant que Louise Bourgeois l'eût indiqué, et il avait été fait avec des circonstances telles, que le doute n'est pas permis. C'est en présence des médecins de la cour et contre l'opinion de La Rivière, premier médecin du

roi, que l'accouchement fut opéré ; et dans le temps où Guillemeau écrivait, le plus grand nombre de ces témoins vivait encore. D'ailleurs, la manière dont Guillemeau rapporte les faits, prouve que l'accouchement forcé n'était point chose nouvelle, et que cette opération était connue, non-seulement des chirurgiens, mais encore des médecins. Pour ne pas laisser d'incertitude sur l'auteur de cette méthode, Guillemeau a soin de dire qu'il la tient de Paré, à qui il l'a vu pratiquer. Il répète la même déclaration dans un passage que nous citerons plus bas.

Dans la troisième observation qu'il rapporte, nous trouvons Louise Bourgeois, dite Boursier, et, en se rappelant l'histoire qu'elle raconte de la dame du conseiller de la cour du parlement, on sera peut-être porté à croire qu'il ne s'agit, dans ces deux auteurs, que d'un même fait diversement recueilli.

« L'an 1603, dit Guillemeau, madamoiselle Danzé ou Checé (1), fut surprise en son travail d'un pareil flux de sang, qui lui dura depuis le matin jusqu'à huit à neuf heures du soir, éstant assistée de madame Boursier, sage-femme de la reine. Messieurs Lefebure, Riolan, Lemoine, docteurs régens en la Faculté de médecine à Paris, furent appelés pour la traiter, et comme elle perdait son sang, appelèrent monsieur Honoré, chirurgien du roy, lequel ne voulant rien attenter sans mon avis, l'on me manda quérir, et soudain que je fus arrivé, mon opinion fut, avec celle de la compagnie, de l'accoucher (2) : ce qui fut fait par ledit Honoré, l'enfant estant vivant (page 232). »

---

(1) Parmi les membres du parlement de l'année 1603, un conseiller se trouve inscrit sur les registres sous le nom de Haré, ou Hazé, l'*r* s'écrivant alors à peu près comme le *z*.

(1) Mme Boursier ne nous a pas donné le nom du chirurgien qui opéra l'accouchement dans son observation.

Après ces faits, Guillemeau rapporte deux observations dans lesquelles on voit, suivant les expressions de Mauriceau, que les femmes avec leurs enfants en furent les sanglantes victimes, pour n'avoir pas été accouchées en pareille rencontre. Aussi Guillemeau recommande-t-il au jeune chirurgien de ne pas différer telle opération, quand il sera appelé à un grand flux de sang, soit dans le travail, soit durant la grossesse. « Il y a vingt-cinq ans, ajoute-t-il, que j'ay *vu faire cette pratique à feu MM. Paré et Hubert, auxquels, comme de plusieurs autres expériences, nous sommes obligéz de le reconnoître et confesser l'avoir appris d'eux.* »

Ambroise Paré n'a point formellement exposé, dans son livre *De la génération*, l'accouchement forcé. Cependant, si l'on réunit les divers passages qui se trouvent dans les chapitres 36, 31, on conviendra qu'il la connaissait. Il savait qu'un grand flux de sang, sorti de la matrice, nécessitait l'art du chirurgien. Il savait aussi que l'insertion du placenta sur l'orifice utérin, et que son décollement de la place qu'il occupait étaient autant de causes de ces pertes utérines. C'est dans ces cas surtout qu'il recommandait au chirurgien de s'efforcer de délivrer la femme, si elle avait la face grandement changée du naturel, si elle tombait souvent en syncope, et si elle avait presque perdu connaissance : « *Il faut s'efforcer de la délivrer*, dit-il, *parce qu'il vaut mieux tenter un remède incertain avec espérance, que de laisser la malade en désespoir tout assuré, car tant qu'il reste une sintille de vie, nature aydée peut faire des choses incroyables au récit.* » (Chapitre 31).

Ambroise Paré, n'a pas suffisamment expliqué dans ces passages, si ces conseils doivent être suivis dans la grossesse comme dans l'accouchement. Le danger de la femme et celui lui-de l'enfant constitue pour lui la nécessité d'opérer. Guillemeau nous a montré comment on doit interprêter le silence de son maître, et comment Paré lui-même, par son exem-

ple, mettait en lumière ce qu'il y avait d'obscur dans ses œuvres (1).

De la luxation en bas de l'extrémité scapulaire de la clavicule; observations et réflexions sur cette espèce de luxation, par le D^r. TOURNEL, *chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Cambrai, chevalier de la légion-d'honneur et de l'ordre de St.-Ferdinand*, etc.

Cette observation sera lue avec intérêt, car la luxation dont il s'agit ici n'a peut-être pas encore été observée. Non seulement les ouvrages de pathologie externe et les recueils d'observations n'en renferment aucun exemple authentique, mais encore un grand nombre de chirurgiens ont révoqué en doute la possibilité d'un tel déplacement. J'espère que les détails dans lesquels je vais entrer, ne laisseront aucune incertitude dans l'esprit du lecteur.

Au commencement de juin 1836, un soldat du 2e régiment de chasseurs, en garnison à Maubeuge, fit une chute avec son cheval, qui s'abattit sous lui. Le cheval, en se relevant, posa le pied sur la partie antérieure de l'épaule gauche de son cavalier. Ce fait était confirmé par la présence en cet endroit d'une ecchymose qui offrait à peu près la forme du fer du cheval. La pression considérable exercée par le poids du cheval, détermina l'écartement et le retrait en arrière de l'omoplate. La clavicule resta attachée au sternum; mais ses ligaments supérieur et inférieur et coraco-claviculaire étant déchirés, son extrémité externe quitta les deux facettes articulaires, et glissa sous l'acromion.

Le chasseur fut immédiatement conduit à l'hôpital militaire par l'aide-major du régiment, qui croyait avoir affaire à une luxation

---

(1) L'accouchement forcé n'était pas alors seulement mis en usage contre les pertes utérines; mais il était aussi réclamé pour faire cesser les convulsions (GUILLEMEAU, liv. 2e, ch. 11, 13.).

scapulo-humérale, à cause de la dépression qu'on remarquait au-dessous de l'acromion. Cette opinion fut partagée par l'aide-major de l'hôpital ; mais, après avoir examiné attentivement le malade, je déclarai positivement que nous avions à traiter une luxation en bas de l'extrémité externe de la clavicule (1). Je procédai à l'exploration du malade, de la manière suivante :

J'embrassai à pleines mains le sommet de l'épaule, en appuyant sur l'acromion, tandis que de l'autre main j'imprimais au bas des mouvements un peu brusques de rotation, en haut, en avant et en arrière; et je pus me convaincre que les mouvements de l'axe du bras étaient dans la direction habituelle. Ensuite, je plaçai la main dans le creux de l'aisselle pour y chercher la tête de l'humérus, et je n'y pus découvrir aucune saillie. Mais il ne me suffisait pas d'avoir constaté qu'il n'y avait point luxation scapulo-humérale, il fallait démontrer aux assistants le siége véritable du déplacement. Le membre gauche offrait un peu plus de longueur que celui du côté opposé; le coude, et tout le reste du membre étaient en contact avec la partie latérale du tronc. Les mouvements volontaires, surtout en haut, étaient impossibles; le malade ne pouvait porter la main sur sa tête ; les mouvements communiqués étaient libres et sans douleur. L'épaule avait perdu sa forme arrondie ; il y avait une dépression en dehors, au-dessous de l'acromion. L'épaule présentait, en outre, deux saillies, une interne et supérioure, formée par l'acromion, l'autre externe et inférieure, formée par l'extrémité externe de la clavicule. Il n'y avait ni engourdissement des doigts, ni douleur; le sommet de l'épaule gauche était beaucoup plus rapproché du sternum que celui de l'épaule droite; enfin, lorsqu'on promenait le doigt sur l'épine de l'omoplate, d'arrière en avant, jusqu'à son extrémité acromiale, il n'était point arrêté par la saillie de la clavicule. Celle-ci avait été parfaitement reconnue, et on la faisait disparaître, ainsi que la dépression sous-acromiale, lorsqu'après avoir placé le genou entre les deux épaules, on les attirait toutes deux en arrière; mais dès qu'on les abandonnait à elles-mêmes, la saillie formée par l'extrémité externe de la clavicule et la dépression se reproduisaient.

La réunion de tous ces signes ne permit pas de douter de l'exis-

(1) Un squelette, qui se trouvait dans la salle d'opérations, où le chasseur avait été conduit, aida beaucoup mon diagnostic.

tence d'une luxation en bas de l'extrémité scapulaire de la clavicule.

La réduction fut facilement opérée tandis qu'on attirait les épaules en arrière, en appuyant le genou sur la colonne vertébrale. Le traitement consécutif fut le suivant : le bras étant élevé et formant un angle droit avec le corps, on plaça dans l'aisselle un coussin en coin, qui fut maintenu par deux bandes; la première, cousue à la partie supérieure du coin, après avoir croisé le thorax en avant et en arrière, fut fixée sur l'épaule opposée; la seconde servit à fixer le coin contre la poitrine par plusieurs tours de bande; le bras, ramené et appliqué sur le coussin, fut maintenu contre le tronc, en arrière et en haut, par le bandage de Desault, pour la fracture de la clavicule. La clavicule fut portée en bas, et l'omoplate en dedans et en arrière. On appliqua sur l'épaule des compresses imbibées d'eau végéto-minérale alcoolisée. L'avant-bras fut soutenu par une écharpe, et le tout fut maintenu par un bandage de corps.

L'indocilité du malade nous obligea à enlever au bout de deux jours l'appareil ci-dessus décrit, auquel nous substituâmes celui du professeur Flamaut, qui a l'avantage de laisser la partie malade à découvert. Ce dernier se compose d'un sac en forme de gouttière, aux angles duquel on a cousu deux bandes roulées, et d'un coin que l'on place, comme ci-dessous, dans le creux de l'aisselle. Le bras étant placé dans cette gouttière de manière que le coude corresponde à l'angle du milieu, la bande qui est cousue à l'angle antérieur passe sur la partie moyenne et dorsale de l'avant-bras, et est dirigée au-devant de la poitrine. L'autre suit la partie postérieure du bras, et vient croiser la première sur une compresse épaisse que l'on a placée sur l'épaule saine. On continue ainsi à faire deux ou trois tours de bande, qui se croisent sur l'épaule saine, et au-dessous du coude du côté malade. Le restant des bandes servit à faire plusieurs circulaires autour du tronc, pour mieux fixer le bras. Les croisés au coude sont maintenus en place par quatre petits rubans, dont deux sont cousus au côté interne du sac, et deux à son côté externe. Un bandage de corps recouvrit tout l'appareil, et le scapulaire de ce bandage servit à maintenir en place les compresses résolutives.

Malgré son impatience et son indocilité, le malade sortit parfaitement guéri et sans infirmité, après trente-deux jours de traitement. Le premier essai qu'il fit de son bras, après sa sortie de l'hôpital, fut de donner une rude correction à son cheval. J'ai eu

occasion de revoir ce chasseur, qui continue à servir dans le même régiment. Il ne lui reste aucune trace de sa luxation ; il n'éprouve aucune douleur dans l'épaule, aucune gêne ponr les mouvements du bras.

J. L. Petit est le seul chirurgien qui ose avancer que la luxation en bas de l'extrémité externe de la clavicule a lieu plus souvent que sa luxation en haut. Cependant, il ajoute qu'il ne l'a pas rencontrée souvent. Bien loin de partager son avis, Boyer nie formellement la possibilité de la luxation qui nous occupe : « On ne pourrait pas, dit-il, en citer un seul cas bien avéré (1)». MM. Roche et Sanson professent une opinion semblable : « La luxation de l'extrémité scapulaire de la clavicule est moins fréquente que celle de son extrémité sternale ; ces déplacements sont fort rares, malgré l'étroitesse des surfaces par lesquelles les os se correspondent.... La disposition des ligaments et surtout la présence de l'apophyse coracoïde s'opposent à ce que l'extrémité externe de la clavicule puisse passer au-dessous de l'acromion ; au moins jusqu'à présent n'a-t-on constaté que la luxation de la clavicule au-dessus de cette apophyse (2) ».

Enfin, il est une autorité qui doit être citée toutes les fois qu'il s'agit de luxations : « Il n'est guère possible, dit sir Astley Cooper, que la clavicule puisse se luxer à son extrémité scapulaire, autrement qu'en haut. Je n'ai jamais vu ces os glisser sous l'acromion ; Cependant, je ne voudrais pas nier la possibilité de ce déplacement » (3).

Le cas dont je viens de donner des détails présente une circonstance fort remarquable : c'est le mode suivant lequel

(1) *Traité des maladies chirurgicales*. T. IV, p. 165.

(2) *Nouveaux éléments de pathologie medico-chirurgicale*. T. IV, p. 512.

(3) *OEuvres chirurgicales*, trad. par E, Chassaignac et G. Richelet p. 76.

la luxation a été opérée ; de cette manière, il est facile de se rendre compte d'un déplacement dont la possibilité a été niée par des chirurgiens qui ne s'en sont rapportés qu'aux notions anatomiques. Ce fait me paraît donc mériter toute l'attention des praticiens.

Réflexions sur le Mémoire précédent.

Une observation perdue dans la volumineuse collection des *Éphémérides des Curieux de la nature* (1), et qui n'est indiquée nulle part, si ce n'est dans le dernier mémoire de M. Malgaigne, sur les luxations scapulo-humérales (2), avait déjà prouvé d'une manière incontestable l'existence de la luxation en bas de l'extrémité scapulaire de la clavicule. L'observation de M. Tournel n'en est pas moins neuve et importante sous le point de vue de la symptomatologie et du traitement; Melle, qui a publié celle des éphémérides a donné seulement la description anatomique de la maladie, qu'une complication l'avait empêché de reconnaître pendant la vie du malade. Toutefois ces deux faits se confirment l'un par l'autre, et leur rapprochement permettra d'établir d'une manière complète l'histoire du déplacement dont il s'agit.

Comme l'observation de Mello n'a jamais été reproduite, nous l'extrairons dans tous ses détails, dont nous retrancherons seulement ce qui a rapport à une luxation sous coracoïdienne, ou si l'on aime mieux sous-pectorale de l'épaule, qui existait en même temps.

Le 24 novembre 1785, un soldat nommé M. Ab. Katschkoff entra à l'hôpital de saint Pétersbourg pour une fièvre lente. En l'interrogeant pour découvrir la cause de sa maladie, je m'aperçus que l'un de ses bras était moins mobile que celui du côté opposé et plus rapproché du tronc. Il ne pouvait exercer aucun mouvement soit en avant, soit en arrière; les mouvements d'élévation et d'abaissement étaient conservés. Je compris, en l'explorant des

---

(1) *Nova acta physico-medica*, 1773, t. V, p. 1.
(2) Mémoires, Acad. roy. de médec., t. V, fasc. 2me.

yeux et de la main, qu'il y avait là quelque chose contre nature, mais que je ne pus spécifier. En outre, la main droite paraissait mal conformée et plus courte que la gauche. Voici ce qu'il m'apprit sur la cause de cette déformation.

A l'âge de six ans, en jouant avec un de ses camarades, il s'essaya à suspendre à un bâton, un de ces grands vases plein d'eau qu'on appelle *Uschat*, et qui contiennent 143 l. 1/2, et à l'appuyer sur son épaule. Aussitôt il se manifesta une tumeur rouge et de la douleur; l'humérus devint immobile. Une vieille femme de la campagne lui appliqua sur l'épaule des herbes cuites, qui firent cesser le gonflement et la douleur, et graduellement le bras recouvra ses mouvements au degré que j'ai indiqué.

Il mourut le 15 décembre. Je trouvai à l'autopsie les poumons corrompus, et comme le cadavre devait être conservé pour les démonstrations anatomiques, je profitai de l'occasion pour étudier les désordres de l'épaule.....

Les muscles étant enlevés je fus extrêmement surpris de trouver une luxation de l'humérus en même temps qu'une luxation de l'extrémité acromiale de la clavicule. L'extrémité externe de ce dernier os était placée sous l'épine. Les ligaments qui unissent la clavicule à l'acromion, et dont Vésale admirait la force, étaient rompus; de leurs débris s'était formé une espèce de ligament capsulaire irrégulier, formé de fibres très fortes, les unes longitudinales, les autres obliques, qui naissaient du bord de l'apophyse acromion et de là allaient s'insérer au bord de l'extrémité scapulaire de la clavicule. Une synoviale provenant des muscles recouvrait ce ligament de nouvelle formation. Après l'avoir coupée, on vit la face inférieure de l'acromion et la face supérieure de l'extrémité scapulaire de la clavicule encroûtées d'un cartilage, plus mince pour la première. Il ne restait d'autre trace du ligament conoïde que des espèces de tubercules ligamenteux pisiformes, situés au point d'insertion de ce ligament, qui me parut avoir été rompu. Il en était de même du ligament trapézoïde.

L'extrémité humérale de la clavicule est extrêmement recourbée, et son bord antérieur présente un grand nombre de dentelures anormales; du reste cette extrémité est triangulaire et aplatie.— Elle est poussée sous l'acromion qui la recouvre complètement et présente à sa partie inférieure une espèce de fossette comme pour une nouvelle articulation. Le cartilage intra-articulaire qui sépare ordinairement l'acromion de la clavicule avait été également poussé sous l'acromion et touchait le cartilage de nouvelle formation dont il a déjà été question et dont il était cependant facile de le distinguer. Quant aux ligaments qui unissaient les cartilages, ils avaient trois lignes de longueur.

La tête de l'humérus était logée dans une cavité accidentelle placée à côté de la cavité glénoïde; celle-ci qui était en rapport avec saillie appartenant aux tuberosités humérales.

Cette observation se rapproche de celle de M. Tournel par la nature de la cause de la lésion. Dans les deux cas c'est une violence exercée de haut et directement sur l'extrémité scapu-

laire de la clavicule. Il est facile de concevoir comment, dans le deuxième cas, la clavicule continuant à être pressée de haut en bas, a fini par pousser en avant l'humeur hors de sa cavité.

A. GODIN

REVUE GÉNÉRALE.

Anatomie et Physiologie.

HERMAPHRODISME MASCULIN. Dans son intéressant Mémoire, M. Landouzy prend le mot *Hermaphrodisme* dans son acception la plus large, dans celle qui l'attribue à tous les êtres qui présentent réunis quelques-uns des caractères des deux sexes.

Marie-Rosine Goetlich, âgé de 28 ans, a toute l'apparence d'un homme chez lequel les caractères de la virilité sont peu prononcés. Sa taille est de cinq pieds deux pouces; sa physionomie est obtuse; ses cheveux blonds lisses et fins; sa barbe blonde, très-courte et extrêmement rare. La tête présente une prédominance marquée de la face; la peau de tout le corps, blanche et fine, est dépourvue de poils; le corps thyroïde et les seins n'ont pas plus de développement que dans le sexe masculin. Le timbre de la voix se rapproche davantage du type féminin. Le bassin offre 90 centimètres dans son plus grand diamètre; 16, 4 dans le diamètre antéro-postérieur. Les pieds et les mains sont plus fortement constitués qu'ils ne le sont d'ordinaire chez la femme.

Le pubis recouvert de poils blonds n'offre pas la saillie que l'on rencontre chez la femme; au-dessous se trouve un pénis imparfait, ou, si l'on veut, un clitoris volumineux, long de deux centimètres, et du double pendant l'érection. Ce clitoris, recouvert d'un prépuce, est embrassé à sa base par les deux grandes lèvres qui simulent la vulve. Ce sont, en effet, deux tuniques scrotales contenant chacune un testicule, reconnaissable à son volume, à sa consistance, à l'épididyme et au cordon.

Entre les deux grandes lèvres, à un pouce au-dessous du clitoris, est un orifice béant, du diamètre d'environ trois centimètres, conduisant dans un canal long de onze centimètres, terminé en cul de sac, comme on s'en assure à l'aide du doigt et du spéculum employé convenablement. La muqueuse de ce canal est moins plissée que celle du vagin chez la femme, et l'on n'aperçoit ni téguments ni caroncules myrtiformes; bien que Gœtlich soutienne avoir ses règles, jamais on n'a pu constater ce fait pendant son séjour assez long dans le service de M. Bally.

Deux replis de la muqueuse en dedans des grandes lèvres, simulent les petites lèvres, et à la partie moyenne du canal vagiual on sent un infundibulum formé par l'orifice urétral dans lequel on peut introduire une sonde, qui, après un trajet d'uu pouce au plus, arrive dans la vessie. Des moyens de mensuration employés par M. Mercier, qui a fait des recherches à ce sujet, n'ont pu faire constater l'existence de la prostate.

Entre le bord supérieur de l'orifice vaginal et le bord inférieur du pénis, est un espace triangulaire qui figure assez bien l'intervalle qui, chez la femme, sépare le clitoris du vagin. La membrane rosée et ténue qui tapisse cet espace est percée à son angle supérieur par plusieurs petits orifices qu'on a pris pour des lacunes de Morgagni, mais que M. Landouzy pense devoir regarder comme les orifices des glandes de Cooper. Au dessous et de chaque côté, à douze millimètres environ de la ligne médiane, se trouvent deux ouvertures plus profondes qui sont les orifices des conduits éjaculateurs : on peut y introduire une soie de sanglier à plusieurs centimètres de profondeur, et le liquide qui en sort pendant le coït ou les pollutions, soumis en Angleterre à l'analyse microscopique, a présenté tous les caractères du sperme.

Telle est la description de l'individu dont nous allons maintenant brièvement raconter l'histoire. Il est né le 6 mars 1798, à Niéber près de Dresde, où il fut baptisé et élevé comme fille. Dès l'âge de 9 ans, Gœtlich se livrait à la masturbation; à 14 ans elle eut un premier amant; il faut remarquer ici que dès lors il y eut copulation complète et non pas simple attouchement; que par conséquent le canal vaginal tel qu'il existe aujourd'hni, n'est pas un effet du refoulement successif de la muqueuse. Cette liaison fut suivie d'un grand nombre d'autres, que Gœtlich recherchait avidement loin d'être un instrument passif de libertinage. Du reste, toujours il fut froid et insensible auprès des femmes jusqu'au moment où en 1831, les testicules descendireut dans les grandes lèvres; quelques mois auparavant une hernie s'était déclarée à ganche, à la suite d'un effort violent; pendant le séjour de Gœtlich à l'hôpital pour une fracture de la cuisse gauche, le testicule étant descendu dans la grande lèvre du même côté, il survint des symptômes d'étranglement qui nécessitèrent une opération dont il conserve la cicatrice. Il est impossible d'avoir des renseignemens sur les circonstances qui l'accompagnèrent; peut-être même a-t-on pris pour la hernie et l'étranglement les accidents produits par la présence d'un testicule à l'anneau. Quoi qu'il en soit, le testicnle droit ne descendit que quelques mois après, mais il n'y eut besoin d'aucun débridement. La cicatrice que Gœtlich porte de ce côté date d'une opération d'hydrocèle par incision. Voilà donc Gœtlich, femme jusqu'alors, devenu homme à 34 ans. Aussi comme à cet âge la constitution est tout-à-fait formée, il n'y eut pas chez Gœtlich des changements aussi marqués que dans quelques cas analogues. Néanmoins, les seins s'affaissèreut, le menton se couvrit de poils, le cartilage thyroïde prit un développement plns marqué, la voix devint plus grave et plus étendue; ses goûts même parurent changer et la vue des femmes détermina sur lui des impressions tout-à-fait nouvelles, et s'il se sent honteux près d'elles, c'est à cause de l'imper-

fection de ses organes. Pour mettre sa personne en harmonie avec ses changements, et se conformer aux avis de Tiedemann qui lui avait assuré que chez lui c'était le sexe masculin qui prédominait, il coupa ses cheveux portés longs jusqu'alors, prit des habits d'homme, sous lesquels depuis il voyage d'université en université, se soumettant à tout examen et à toute expérience.

Ce fait est intéressant sous le rapport de l'ouverture des conduits éjaculateurs à la face externe des parties génitales, et de la descente si tardive des testicules dans les bourses. Passé 15 ou 20 ans en effet, ces organes restent d'ordinaire dans l'abdomen et le sexe de l'individu n'est reconnu qu'à sa mort. M. Landouzy s'est peut-être exagéré le changement subi par Gœtlich à la suite de cette descente. Pour être contenus dans l'abdomen, les testicules n'en existaient pas moins, et les animaux comme le bélier, où ils y restent constamment, ne sont pas les moins salaces. Nous regrettons de ne pouvoir faire connaître à nos lecteurs les réflexions et les rapprochements ingénieux de M. Landouzy, sur le mode de formation et ce vice de conformation et les questions médico-légales qu'il soulève; comme cette partie de son travail est peu susceptible d'analyse, nous sommes obligés de renvoyer au mémoire même de l'auteur. (H. Landouzy, *Mémoire sur un cas d'hermaphrodisme masculin*, Paris 1837.)

Pathologie médicale et chirurgicale.

Inflammation de l'artère pulmonaire (*Mort subite causée par l'*— Obs. par M. Hélie.) — L'inflammation des gros troncs artériels est si rare, que l'observation suivante sera lue avec intérêt.

Ravet Cécile, âgée de 65 ans, blanchisseuse, d'une taille moyenne, d'une obésité remarquable, fut reçue le 20 juillet dans le service de MM. Marjolin et Laugier pour être soignée d'une entorse. Déja le gonflement était dissipé, la douleur avait presque entièrement disparu, et Ravet devait bientôt quitter l'hôpital, lorsqu'elle succomba tout-à-coup, sans s'être plainte à la visite d'aucune indisposition. Ses voisines nous ont rapporté que depuis quelques jours elle mangeait très peu, qu'elle accusait des douleurs d'estomac, de l'oppression, et se plaignait de temps en temps d'avoir ou trop chaud ou trop froid.

Depuis plusieurs jours elle ne se levait plus à cause de sa faiblesse et de la dyspnée que lui occasionnait le plus léger mouvement.

Le 7 août, après une une nuit paisible, elle venait de causer avec ses voisines lorsqu'elle dit qu'elle se trouvait mal : au même instant sa figure devint violette, tuméfiée, ses yeux rouges et saillants; elle tomba sans connaissance. Cet état se dissipa après quelques minutes, et l'élève de garde arrivé presque aussitôt la trouva tout-à-fait revenue à elle. La parole est libre, la sensibilité

et les mouvements intacts, la malade n'accuse aucune douleur et demande à manger, mais elle est prise tout-à-coup des mêmes symptômes que la première fois. Une saignée pratiquée sur le champ ne donne que quelques gouttes de sang. La respiration et la circulation sont arrêtées. Frictions, sinapismes, tout est inutile; la malade était morte. Bientôt la teinte violacée de la face se dissipe et fait place à une pâleur extrême.

Autopsie 27 heures après la mort. — Aucune trace de décomposition, face un peu livide, point de rigidité des articulations. A l'ouverture du péricarde le cœur paraît énorme ; il est distendu par un sang noir, épais, fluide, qui s'écoula par flots quand on sépara cet organe des vaisseaux qui s'attachent à sa base. On trouva dans le ventricule droit un caillot noirâtre, bien organisé, qui en remplissait la plus grande partie, toutes les autres cavités étaient vides. Celles du côté gauche présentaient une coloration d'un rouge foncé, et un très léger ramollissement dû à l'imbibition du sang qui les avait distendues. La couleur et la consistance des cavités droites étant naturelles.

L'artère pulmonaire contenait également un caillot noirâtre bien organisé, adhérent à ses parois et se prolongeant dans ses principales ramifications. La membrane interne de ces artères est terne, rugueuse, et présente cà et là de petites taches blanchâtres qui paraissent avoir leur siége dans son épaisseur. C'est surtout au niveau de ces taches qu'ont lieu les adhérences avec le caillot. On peut dans plusieurs points détacher de petites couches membraneuses et il est difficile de dire si elles sont formées par la fibrine du sang ou par une exudation couenneuse. La membrane interne se détache facilement par plaques assez étendues.

Les veines pulmonaires ne contiennent aucun caillot sanguin; les poumons sont mous, spongieux, crépitants dans presque toute leur étendue. Leur bord postérieur est d'une couleur plus foncée, et offre en deux endroits des espaces peu étendus dans lesquels le sang paraît épanché dans les vésicules et dans le tissu cellulaire qui les unit. L'aorte, les veines caves, les vaisseaux iliaques contiennent un sang noir fluide qui paraît de même nature que celui qui remplissait le cœur. Le foie, la rate ont une couleur un peu foncée; leur volume n'est point augmenté. En les incisant on voit s'écouler des gros troncs vasculaires un sang tout-à-fait semblable à celui dont nous venons de parler. L'estomac, l'intestin grêle étaient vides et leur parois injectées. Les veines des téguments du crâne, de la dure-mère et des autres membranes du cerveau sont gorgées de sang. La substance cérébrale est blanche et sans aucune altération.

Les symptômes qu'a présentés la malade dans les derniers jours de sa vie, malaise général, etc., annonçaient l'existence d'un travail morbide; l'oppression, les douleurs en indiquaient le siège. L'autopsie démontra les altérations que les auteurs ont décrites dans la phlegmasie des artères. Celle-ci a produit son effet ordinaire, la coagulation du sang, dont la mort immédiate a été la conséquence: M. Hélie n'a pu trouver d'observation analogue, nous

pensons qu'il a voulu parler de l'affection de l'artère pulmonaire. Car les coagulations qui se forment rapidement dans le cœur et dans les gros vaisseaux qui en partent, dans le cas surtout d'ancienne maladie de ces organes, se rencontrent assez fréquemment. Tous ceux qui ont pratiqué dans les hôpitaux de vieillards ont pu étudier le cortège tout particulier des symptômes qui les accompagne, et qui offre quelques variations suivant le siège du caillot; ils ont été étonnés de la rapidité de la mort, qui toutefois, comme le remarque M. Hélie, n'est pas plus étonnante alors que la mort locale, dans la gangrène sénile suite d'artérite. (*Bulletin de la Société Anat.* 1837, n° 8.)

Hydro-encephalocèle. (*Opération d'*); par le doct. Al. Thierry fils. —Le 13 novembre 1836, Mme D..., âgée de 24 ans, accoucha facilement et à terme de Constant D..., son troisième enfant. La sage-femme qui le reçut, effrayée de lui voir une assez grosse tumeur derrière la tête, pensa que l'enfant devait nécessairement mourir, et conseilla à la mère de faire passer son lait. Ce pronostic, confirmé par plusieurs médecins, ne se réalisant pas, la mère, qui n'avait d'abord donné que de l'eau sucrée à l'enfant, fut obligée de le nourrir au biberon, car aucune nourrice ne voulait s'en charger.

Le 1er décembre 1836, M. Thierry le vit et observa les symptômes suivants : Tumeur du volume au moins du tiers de la tête, occupant la région occipitale postérieure, et se prolongeant par une expansion sur la région postérieure du cou et supérieure du dos; sa longueur était de 4 pouces 1|2; sa circonférence, dans son plus plus grand diamètre, avait 6 pouces 1|2, la partie voisine de l'occipital était plus étroite et comme pédiculée, son extrémité se terminait en cône. Elle était recouverte de cheveux, transparente et fluctuante. La mère disait qu'elle augmentait et rougissait quand l'enfant criait, ce qu'on ne put constater. L'enfant criait à peine quand on la comprimait; pas de symptômes de compression cérébrale; nulle modification du sentiment ni du mouvement. L'enfant ne s'assoupissait pas et ne dépérissait nullement.

MM. Thierry et Magendie rejettèrent l'opinion de plusieurs médecins, qui avaient regardé cette tumeur comme un spina bifida; car on pouvait à peine sentir un espace entre des pièces osseuses à la base de la tumeur, et encore cette sensation n'était pas bien distincte. Ils pensèrent aussi qu'en abandonnant la tumeur à la nature elle finirait par se déchirer, serait frappée de gangrène, et causerait une mort rapide. Du 1er au 7 elle avait en effet considérablement augmenté.

En conséquence, le 9 décembre, en présence de plusieurs médecins, le docteur Thierry pratiqua l'opération suivante : Une première ponction fut faite à la partie déclive de la tumeur; il s'en écoula une once de sérosité transparente et cependant la tumeur restait volumineuse; une troisième ponction fut faite à la partie postérieure et fit sortir 3 onces 1|2 de liquide sanguinolent. On ferma ensuite le robinet de la canule du trois quarts dont on s'était servi et on le retira. En pressant la tumeur on fit encore écou-

ler un peu de liquide par les deux piqûres et l'on sentit à sa base un corps de médiocre consistance, du volume d'une noix allongée : on pensa d'abord à lier en masse la peau au-dessous de l'endroit où l'on sentait ce petit corps, mais on préféra l'ouverture de la tumeur, qui ayant été incisée longuement sur la ligne médiane, offrit une cavité séreuse fort étendue et divisée en plusieurs loges; au milieu de cette cavité on voyait une membrane transparente soulevée par un liquide, sous laquelle on sentait un corps de médiocre consistance. En portant le doigt dans l'excavation, on reconnut une ouverture aux parois du crâne, à travers laquelle les parties constituantes de la tumeur faisaient hernie; de longs filaments épais établissaient des communications entre cette tumeur et l'intérieur du crâne. Après quelques tentatives inutiles pour réduire, l'opérateur fit rapprocher immédiatement, le plus près possible du corps saillant, les surfaces séreuses et la peau, et pratiqua trois points de suture enchevillée dont il fixa les anses de fil sur de petits bâtonnets d'ivoire portant des rainures et recouverts de diachylum. L'enfant ne quitta pas même son biberon pendant l'opération; le lendemain il fallut exciser la portion de peau située en dehors de la suture, qui commençait à se sphacéler; le troisième on enleva les fils; la suture est solide, cependant il reste une petite ouverture par où s'écoule du liquide quand on presse la tumeur. Il se soutint bien du reste jusqu'au 24 décembre, puis tout-à-coup commença à s'affaiblir, le tissu cellulaire se durcit. Mort le 26, 18 jours après l'opération, 44 jours après la naissance.

Autopsie le 28. — Aucune altération des organes thoraciques et abdominaux. La peau du crâne présentait à la région occipitale des traces de cicatrisation récente et incomplète. La poche dont on avait extrait le liquide pendant l'opération était tapissée par une séreuse accidentelle, ne communiquant nullement avec celle de l'encéphale et partagée en plusieurs loges. Quant à la tumeur elle-même elle était constituée par un prolongement aplati des deux lobes postérieurs du cerveau et l'extrémité du corps calleux, qui se renflaient en dehors du crâne. Les ventricules contenaient une assez grande quantité de liquide; le gauche présentait quelques membranes floconneuses. L'ouverture de l'occipital est située sur la ligne médiane, entre les fosses occipitales inférieure et supérieure. Au-dessous de cette ouverture est le cervelet intact et séparé des expansions du cerveau par la tente qui porte son nom.

(*L'Expérience*, 20 nov. 1837.)

— A propos de l'observation de M. Thierry, M. Dezeimeri a, dans un numéro suivant du même journal (10 décembre), rassemblé plusieurs faits d'encéphalocèle épars dans les annales de la science, pour rechercher les résultats des opérations pratiquées pour la cure de cette maladie. Mettant à part les faits de guérison par compression, qui probablement se rapportent à des cas de céphalœmatomes méconnus, M. Dezeimeris partage ces observations en 3 sections. Voici le résultat de ses recherches :

1° *Encéphalocèles traités par la ligature de la tumeur,* 3 opérations, 3 morts.

2° *Encéphalocèles traités par l'excision ou l'incision,* 4 opérations, 3 morts. Le dernier cas de succès n'est pas décisif; on n'avait porté l'instrument sur la tumeur que par suite d'une erreur de diagnostic et on n'acheva pas l'opération. Le reste de la tumeur fut réduit ensuite par la compression. Il faut remarquer aussi que, lorsque l'opération fut faite, le malade avait déjà 19 ans.

3° Les cas de cette troisième section sont relatifs à des cas compliqués d'*hydro-encéphalocèle,* qu'on traita *par une ou plusieurs ponctions successives.* Les succès et les revers se balancent également. Mais la guérison a toujours été incomplète, puisque, alors même que le liquide finissait par se tarir, il restait une tumeur formée par la hernie du cerveau.

L'opération de M.Thierry, si elle eut réussi, aurait eu un résultat analogue.

Cataracte commençante (Recherches sur un moyen imaginé par M. Sansou pour reconnaître la); par *MM. A. Bardinot et G. B. Pigné.*—Lorsqu'au devant de l'œil d'un amaurotique, dont la pupille a été dilatée, soit par l'effet de la maladie, soit par l'action de la belladone, on présente une lumière, on voit très distinctement et constamment trois images de la flamme. De ces trois images deux sont droites et une renversée ; elles sont situées en arrière les unes des autres dans l'ordre suivant : La plus antérieure est la plus apparente et droite; la plus postérieure est la plus pâle et droite aussi ; la troisième, située entre les deux autres, est renversée. Cette dernière offre cela de particulier que dans les mouvements de latéralité ou de circumduction qu'on imprime à la lumière, elle s'écarte des deux autres pour se porter constamment du côté opposé à la lumière, tandis que les deux autres suivent un mouvement uniforme et sont toujours en regard de cette dernière. Il faut donc, pour apercevoir les trois images, porter la lumière en divers sens en conservant les mêmes positions. On les retrouve toujours pourvu qu'il n'y ait aucun trouble dans l'appareil cristallin. Quel que soit le degré de la maladie, elle manquera dans la cataracte : dans plusieurs cas où des malades avaient été regardés comme atteints de cette affection, on reconnut l'existence de trois images et l'on put constater, par des recherches ultérieures, qu'ils étaient affectés de glaucôme ou d'amaurose.

M. Sanson, en détaillant les observations précédentes dans une leçon clinique, avait fait remarquer combien il serait important de rechercher la cause de ces phénomènes et de déterminer par des

expériences quels sont les organes qui produisent ces images, et quels sont ceux dont l'altération doit faire varier leur nombre et leur position.

Pour remplir le vœu du professeur, MM. Bardinot et Pigné se sont livrés à une série de recherches dont voici les points principaux :

En plaçant une lumière devant la surface convexe d'un verre de montre, on voit une image droite de la flamme; en superposant plusieurs verres, on verra autant d'images droites qu'il y aura de verres. Or, dans l'appareil oculaire nous trouvons deux surfaces convexes superposées: 1° la cornée; 2° la capsule antérieure du cristallin, d'où la présence des deux images droites. Si d'un autre côté, l'on place une lumière devant la surface concave d'un verre de montre, on aperçoit une image renversée; si l'on place ensuite au devant une autre verre, de manière à former une lentille bien convexe, on voit deux lumières, l'une droite, l'autre renversée; mais il faut remarquer que, conformément à certaines lois de physique que ce n'est pas ici le lieu d'expliquer, l'image renversée est antérieure à la droite. Cette remarque explique la place de la troisième image observée par M. Sanson, et qui est par conséquent produite par la surface concave de la capsule postérieure du cristallin.

On conçoit d'après cela, comment l'opacité d'un point de l'appareil cristallin devra détruire le phenomène dont il est question. Les médecins que nous venons de citer, et plus tard M. Pasquier (*Thèses*, Paris 1837 n° 317) ont fait quelques expériences pour rechercher si l'absence d'une ou de plusieurs des images ne pourrait pas servir à diagnostiquer le siège de la cataracte sur tel ou tel point de l'appareil cristallin, nous n'entrerons pas dans le détail de ces recherches, qui demandent encore l'appui de l'observation clinique. Disons seulement que depuis la leçon de M. Sanson, plusieurs cas ont été vus où le signe décrit par ce professeur a fait reconnaître des amauroses prises pour des cataractes et où son absence a fait admettre des cataractes là on on avait cru voir des amauroses. (*L'Expérience*, 5 novembre 1837.

Luxation de tous les os métatarsiens sur le tarse; Obs. par M. Mazet (*Rapport de M. Chassaignac*). — Un jeune homme âgé de 19 ans, d'une constitution vigoureuse, conduisait une charrette pesamment chargée, lorsque voulant prendre quelque chose sur la partie antérieure de la charrette, il s'avança au devant de la roue gauche, qui continuait son mouvement de rotation. Or, comme il n'avança pas aussi vite que les chevaux, la roue l'atteignit, lui froissa d'abord la jambe droite, puis lui passa sur le pied

gauche; il tomba et ne put se relever. On le transporta à l'hôpital St.-Antoine, où l'on trouva le pied comme tordu sur lui-même de manière à offrir une courbure très-prononcée, regardant en bas et en dedans, à convexité tournée en haut et en dehors. Sur la face dorsale du pied, existait une plaie à travers laquelle on put constater la présence d'une saillie osseuse qui soulève le muscle pédieux, et les tendons du muscle extenseur, commun des orteils et parait formé par l'extrémité postérieure des trois matatarsiens moyens. Il existe une autre saillie en dehors de la précédente, mais elle est presqu'entièrement recouverte par la peau, les os de la jambe ne présentent aucun signe de fracture; les orteils sont sains.

On crut qu'il y avait brisure de plusieurs os, et dans l'incertitude sur l'étendue de la lésion, on renonça à l'amputation par la *méthode de Chopart* à laquelle on avait songé d'abord. L'on fit l'amputation de la jambe au lieu d'élection. Le malade succomba aux suites d'une phlébite dont nous n'avons pas à nous occuper ici. Voici les lésions que le membre malade présenta à la dissection :

La digitation la plus externe du muscle pédieux était déchirée. Le tendon du muscle jambier antérieur offrait un commencement de rupture à un pouce de sa terminaison. Aucun des muscles de la plante du pied n'offrait de traces de déchirure. Mais les muscles inter-osseux, contenus dans le premier espace, et dans le quatrième étaient rompus, ce qui s'explique, par les déplacement articulaires, que nous allons exposer.

Tous les métatarsiens étaient luxés dans leur articulation tarsienne, bien qu'il ne se fussent pas déplacés en masse vers le même point et ne conservassent pas leurs connexions normales les uns des autres. Trois d'entre eux, et ce sont le second, le troisième et le quatrième, ont conservé leur union réciproque et se sont luxés vers la face dorsale de manière à ce que leur extrémité tarsienne repose sur la face supérieure des cunéiformes, c'est-à-dire qu'ils sont luxés en haut; quant au premier et au cinquième, complètement séparés des trois autres, à leur extrémité tarsienne, ils offrent la disposition suivante. L'extrémité postérieure du premier appuie contre la face interne du premier cunéiforme, c'est-à-dire, qu'elle est luxée en dedans, sens dans lequel elle attire le tendon du long pérouier latéral qui se trouve fortement tendu par le premier cunéiforme. Enfin, le cinquième métatarsien, qui est le plus maltraité, est luxé à son extrémité postérieure, qui n'est plus maintenue contre les os du tarse par aucun tendon ni ligament; en outre, cet os a subi sur son axe un déplacement en vertu duquel sa face interne est devenue supérieure ; enfin, il présente une fracture à l'union des trois quarts postérieur avec le quart antérieur. (*Bulletin de la Société anat.* Octobre 1837).

Cette observation est surtout remarquable par l'extrême rareté de la lésion qu'elle a pour objet. M. Chassaignac croit pouvoir avancer qu'elle offre peut-être le seul exemple bien avéré de luxation complète de tous les métatarsiens, sans fracture des têtes osseuses. M. Sanson (*Dict.* en 15 v.) en rapporte cependant deux

exemples observés par Dupuytren : dans un cas, il s'agit d'une femme qui fortement chargée tomba en avant, de manière à ce que le poids du corps portât sur la partie antérieure du pied; le deuxième cas est relatif à un jeune homme chez lequel cette luxation eut lieu des deux côtés à la fois, dans une chute sur la pointe des pieds. Ce dernier malade n'étant entré que trois semaines après l'accident, on ne put réduire; la femme guérit. M. Chassaignac croit pouvoir expliquer le mécanisme de cette lésion par le passage de la roue sur l'extrémité antérieure des métatarsiens, qu'elle fixait tandis que le sujet tomba à la renverse. De cette manière le poids du corps imprimait au pied un mouvement forcé d'extension, en vertu duquel la surface dorsale devenait bombée outre mesure. Dès lors les articulations tarso-métatarsiennes, s'ouvrant par en haut, ont donné lieu à la luxation dans ce sens. Quant au chevauchement, selon M. Chassaignac il faut l'attribuer à l'action musculaire consécutive. M. Chassaignac est entré à ce sujet dans des développements fort ingénieux et très-rationnels; mais nous pensons que son explication ne peut rendre compte, ni de la situation de la plaie extérieure, ni des décollements de la peau qui existaient à la face interne de la jambe, tandis que d'après lui la roue avait dû passer seulement sur la partie antérieure du pied.

REVACCINATIONS PRATIQUÉES DANS L'ARMÉE PRUSIENNE (*Résultats des*) —En 1833, sur 48,478 hommes qui furent soumis à la revaccination, des pustules se développèrent régulièrement 15,269 fois. En 1834 elles se montrèrent 16,679 fois sur 44,454 revaccinations; en 1835, 13,315 fois 39,192. En 1836, 42,124 militaires furent revaccinés : 32,635 offraient des cicatrices bien évidentes d'une première revaccination, 6,645 n'en avaient que de peu apparentes. Il n'en existait aucune trace chez 2,844. Des pustules se développèrent régulièrement sur 9,940; il ne s'en manifesta pas sur 14,048.

Depuis l'époque de la revaccination, on a observé sur les individus chez lesquels elle avait été suivie de succès, 14 varicelles, 4 varioloïdes, mais pas une variole.

On voit d'après ce tableau, que la proportion des revaccinations fructueuses a continuellement augmenté : ainsi elle fut de 31 sur 100 en 1833, de 37 en 1834, de 39 en 1835 et de 43 en 1836.

(*Medizinische zeitung.*, 1837, n° xx.)

HYDROPHOBIE (*Histoire de l'* — *dans la province d'Aachen*, *depuis* 1816 *jusqu'en* 1836.)—Le docteur Zitterland a publié dans le *Rust's Magazin* (47 vol., 3e cah.) un relevé de tous les cas d'hydrophobie observés chez l'homme, dans la province d'Aachen depuis vingt

ans, et a cherché à en tirer quelques considérations étiologiques et thérapeutiques. Bien que ce travail ne jette aucune lumière sur l'*Histoire anatomique et physiologique de la rage* ; que les bases sur lesquelles il repose n'offrent pas toutes les conditions de solidité désirables, nous avons pensé cependant, devoir en faire une courte analyse, la réunion d'un grand nombre de faits semblables ayant toujours une certaine valeur en médecine.

De 1816 à 1836, cent deux individus furent mordus par des animaux enragés ou présumés tels: cent un le furent par des chiens, un par un chat; sur ce nombre se trouvaient cinquante-deux enfants des deux sexes, quarante-deux hommes et huit femmes. Sur ces cent deux personnes, cinquante-sept ne recoururent qu'à des pratiques religieuses auxquelles les habitants de la province d'Aachen accordent une confiance illimitée, quarante-cinq y ajoutèrent des moyens thérapeutiques. Sur ce même nombre de cent deux individus, cinq seulement furent atteints d'hydrophobie et succombèrent; deux hommes, une femme et deux enfants. Les deux enfants avaient reçu, dès le début des secours médicaux, les deux hommes et la femme n'avaient voulu se soumettre à aucun traitement.

En tenant compte des différentes circonstances qui ont accompagné ces faits, on voit : que le même chien ayant mordu plusieurs personnes dans le même jour, l'une d'elles a seule succombé tandis que les autres n'ont éprouvé aucun accident. Que le même chien ayant mordu plusieurs hommes et un grand nombre d'autres chiens, tous ceux-ci succombèrent à la rage, tandis que les hommes n'en furent pas atteints : que la rage communiquée peut également être transmise, fait qui a été nié par plusieurs médecins anglais; que les cinq individus qui succombèrent avaient tous été mordus à la figure ou à la main.

Le docteur Zitterland termine en établissant les propositions suivantes :

1° Ainsi que l'avaient déja annoncé Aristote et J. Hunter, l'homme paraît être de tous les animaux celui qui contracte le moins facilement la rage;

2° Le meilleur préservatif contre cette terrible affection est la tranquillité de l'âme et de l'esprit; la confiance aux moyens auxquels on a eu recours;

3° L'âge, le sexe et la constitution ne paraissent exercer aucune influence sur le développement des symptômes rabiéiques : il n'en est pas de même du siège de la morsure, et sous ce point de vue, la face et les mains, paraissent jouir d'un funeste privilège.

EMPLOI DU SUCRE DE SATURNE UNI A L'OPIUM DANS LE TRAITEMENT DE

LA DIARRHÉE ET DE LA DYSSENTERIE, par M. LEVRAT-PERROTON, de Lyon. — Le but du Mémoire de M. L. P. est de faire apprécier les avantages qu'on pent retirer dn sucre de saturne combiné avec de l'opium, dans les flux pathologiques de l'intestin. Il n'a pas la prétention de l'avoir employé le premier dans cette affection. Plusienrs praticiens l'ont employé, en effet, dans quelques cas de dyssenterie, après la période inflammatoire; M. Levrat-Perroton, au contraire, l'emploié dès le début.

Les neuf observations qu'il rapporte sont d'ailleurs relatives à des cas fort différents. Dans les six premiers, il s'agit de flux chroniques, qui duraient depuis plus ou moins long temps avaient considérablement affaibli les malades, et avaient résisté à plusieurs moyens (en particulier aux opiacés seuls). M. L. P. employa le sucre de saturne en pilules où ce sel entrait pour un grain, associé à un grain, ou même à un tiers de grain d'opium. Les malades prenaient d'abord une seule de ces pilules, puis deux, une le matin l'autre le soir. Grace à ce traitement secondé de quelques autres moyens astringents, la guérison ne se fit pas attendre, sauf dans un cas, où le malade affaibli, succomba à des récidives de la diarrhée, que cependant le sucre de saturne avait supprimé plusieurs fois. Des trois derniers faits, deux sont relatifs à des dyssenteries aiguës, qui cédèrent promptement; le troisième à nne diarrhée inquiétante survenue chez un homme de 60 ans, arrivé au dix-huitième jour d'une fracture compliquée de la jambe. Plus de dix selles avaient lieu par jour, sans coliques. L'eau de riz, la tisane de bouillon-blanc, et de rapure de corne de cerf, des potions laudanisées avaient été inutilement mises en usage pendant trois jours. Dans la soirée du troisième jonr, une pilule composée d'un grain de sucre de saturne et d'nn demi-grain d'extrait thébaïque est administré et la diarrhée est arrêtée.

Ici, dit l'auteur, il est facile de comprendre de quelle portée fâcheuse était cette diarrhée survenant chez un homme de 60 ans, ayant besoin de toutes ses forces, pour supporter l'accident qu'il avait éprouvé. (*Journ. des. Conn. méd. chir.* Décembre 1837.)

Académie royale des Sciences.

Séance du 27 novembre.—HYGIÈNE PUBLIQUE : *sur les travaux d'assainissement que l'on exécute en ce moment dans les Maremmes de Toscane.* — MM. Elie de Beaumont et de Prony ont été chargés

par l'Académie, de faire l'examen d'un mémoire de M. Giuseppe Pianigiani, concernant les travaux entrepris pour la bonification et l'assainissement des Maremmes de Toscane. M. de Prony donne lecture à l'Académie d'un volumineux rapport sur ce sujet, nous lui faisons les emprunts suivants :

« La conformation et la position géographique de la partie du sol Italien, comprise entre la ligne transversale menée du fond du golfe de Gênes au fond du golfe de Trente, et la Sicile, offrent des particularités dignes d'attention; sa conformation est celle d'une presqu'île ou long promontoire, avancé en mer d'environ 800 kilomètres dans la direction du nord-ouest au sud-est. La position géographique constitue dans la Méditerranée trois divisions ou bassins, deux desquels baignent les côtes orientales et occidentales de la presqu'île (la mer Adriatique forme le bassin oriental), et le troisième s'étend depuis les extrémités méridionales des deux premiers jusqu'au rivage de Syrie.

Un premier effet remarquable des positions de ces bassins, est l'influence qu'elles ont sur les phénomènes des marées, qui, n'étant que de quelques centimètres sur la côte occidentale, excèdent, valeur moyenne, la hauteur d'un mètre sur la côte orientale.

Cette grande inégalité entre les actions du flot et du jusant sur les rives opposées de la presqu'île, donne lieu à des différences notables entre les états physiques des plages riveraines, influe sensiblement sur la salubrité et la fertilité du sol. Les rives orientales sont en général moins sujettes à attérissements et plus salubres que les rives occidentales, et les causes d'insalubrité dont les effets se manifestent sur les côtes de Toscane, continuent leur action sur celles des Etats-Romains, dont les marais Pontins occupent une portion et s'étendent jusqu'au littoral du royaume de Naples.

Les influences générales qui rendent insalubres les Maremmes de Toscane sont de diverses espèces, savoir : 1° les vents qui arrivent des côtes d'Afrique dans la direction du sud-ouest au nord-est, traversant d'abord l'île de Corse, et qui au lieu d'échapper du côté de l'Adriatique, sont refoulées en arrière par la chaîne des Appennins, qui pourrait être considérée comme la colonne vertébrale du sol Italien. Le rapporteur de la commission, chargé en 1786 d'examens relatifs à l'assainissement de l'extrémité méridionale de l'île de Corse, a reconnu l'influence anti-sanitaire de ces vents africains, qui du sol de cette île coulent directement, et en franchissant un espace très-court, sur la rive italienne.

2° Les gaz délétères émanés de certaines parties de la surface

du sol et qu'on ne peut pas attribuer à la décomposition des eaux stagnantes, leur influence se faisant sentir sur des terrains absolument secs, et devant être attribuée à la composition chimique des couches exposées au contact de l'air ; on remarque dans les États-Romains des exemples frappants de ce genre d'insalubrité.

3°. Les exhalaisons pestilentielles provenant du règne végétal et dues à une plante qu'on appelle le *chara*, et qui croît en grande abondance dans les eaux, tant douces que saumâtres. L'histoire de la Toscane et de l'Italie offre des exemples très-remarquables de l'influence désastreuse de cette plante sur le règne animal.

4°. La diminution de la population, conséquence nécessaire de l'état malsain d'un pays, et devenant malheureusement elle-même une nouvelle source d'insalubrité qui aggrave l'effet des causes physiques dont elle est le résultat.

5°. Enfin, le fléau principal, celui dont l'influence malfaisante sur la prospérité des Maremmes de Toscane a le maximum d'énergie, tient à l'état marécageux du sol.

En établissant des cours d'eau plus rapides, au moyen des canaux que l'on fait construire en ce moment, on obtiendra des assainissements réguliers et complets ; ces travaux ont déjà produit d'avantageux résultats pour la contrée dont il s'agit, comme il est facile de s'en convaincre par la note suivante fournie par le comte Fossombroni sur l'état actuel du littoral toscan, depuis le lac de Castiglione jusqu'aux marais de Piombino : la ville de Grossète a, pendant l'été, depuis 1836, un nombre d'habitants plus que quadruple de celui qui l'habitait pendant la saison des chaleurs, antérieurement à cette année 1836.

Le caractère pestilentiel des marais est considérablement neutralisé et depuis trois où quatre ans, presque la moitié des terrains marécageux a été disposée et préparée pour la culture.

Le lac de Castiglione se trouve comblé en grande partie par les dépôts de l'Ombrone, qui y a formé des couches d'une bonne terre végétale, se prêtant déjà à la culture.

Les bonifications des marais situés en dehors de la plaine de Grossète, Rimigliano, Piombino, etc., résultats des travaux de 200 à 300 ouvriers, pendant deux ans, ont eu tout le succès désirable.

De semblables résultats doivent être proclamés bien haut, il faut que l'attention des gouvernements soit appelée sur ces modifications que l'on peut apporter à l'état insalubre des contrées marécageuses.

De l'emploi de l'acétate de plomb cristallisé ou sucre de saturne, contre la salivation mercurielle.— M. Brachet, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon, adresse à l'Académie un travail sur la question dont nous venons de donner l'énoncé. Il rapporte huit observations de guérison obtenues au moyen de ce médicament et annonce l'avoir employé avec un semblable succès dans plus de cinquante cas. Le sel de saturne est donné deux fois le jour à la dose de deux à trois grains, associé avec une petite quantité d'opium.

L'acétate de plomb liquide à haute dose, dans un gargarisme, a été employé avec succès dans le même but par divers médecins; mais, dit M. Brachet, il a sous cette forme, divers inconvénients qui font craindre de l'employer, et entre autres celui de noircir pour long temps les dents. Le nouveau mode d'administration du sel de plomb, n'a aucun de ces désavantages.

Fractures. — M. le docteur Thierry soumet à l'examen de l'Académie l'histoire d'une fracture du bras gauche, restée non réduite et non consolidée depuis le 26 juin 1836 jusqu'au 13 janvier 1837, et qu'il a guérie à l'aide de la méthode de Celse (le frottement réciproque des deux bouts) et de l'appareil inamovible amidonné : le bandage est resté appliqué durant 70 jours.

De la compression des artères. — M. Bourgery envoie à l'Académie des instruments qu'il destine à la compression des artères sous-clavière et carotide. — M. Malapert affirme qu'il se livre depuis cinq ans, à 200 lieues de Paris, à des recherches sur la compression des artères, et dit n'avoir jamais eu de relations directes, ni indirectes avec M. Dezeimeris.

Séance du 4 décembre.—Sur la structure de la fibre musculaire. — M. Bazin annonce avoir exposé dans les *Annales françaises et étrangères* d'anatomie et de physiologie (n°. de janvier 1837, page 22) une description qui s'accorde avec celle que M. Maudl donne de la fibre primitive « seulement, dit-il, je n'ai point parlé des anneaux alternativement blancs et noirs dont il est question dans la note de cet anatomiste, parce que je n'y vois que des effets d'ombre et de lumière qui doivent nécessairement se produire sur une fibre dont la disposition est celle que j'indique...... Quant aux fibres longitudinales qui résultent suivant lui de la décomposition de la fibre primitive et aux quelles il donne le nom de fibres élémentaires, elles me sont jusqu'à ce jour inconnues. »

Séance du 11 décembre.— Sur l'organisation et la vitalité des globules du lait; sur leur germination, leur développement et leur transformation en un végétal rameux et articulé. — M. Tur-

pin vient de répéter ses recherches microscopiques sur l'organisation et la vie particulière des globules du lait. Cet académicien établit que les globules qui composent la partie solide et nutritive du lait naissent, vivent et se développent en commun, comme une véritable population au milieu de l'eau dans laquelle ils sont suspendus ou baignés, dans laquelle se trouvent les éléments de nutrition qu'ils absorbent, qu'ils assimilent pendant leur accroissement et tant que dure leur existence. En cela, suivant M. Turpin, ils se comportent absolument comme les globules du sang et ceux de la graisse, comme ceux de la pulpe nerveuse, comme le bulbe du poil; en un mot, comme le font tous les organes élémentaires qui composent les mailles tissulaires des corps organisés, et qui puisent leur nourriture dans l'eau muqueuse qui les environne. On peut récapituler les principaux faits contenus dans ce mémoire en disant : 1° que pour former le globule du lait, la matière organique, sous l'influence de la vie animale, s'organise, se globulise et se vésiculise dans les cavités des tissus mammaires.

2° Que le globule vésiculaire du lait, malgré le lieu de son origine, n'a qu'une vie purement végétale, et que, comme la vésicule pollénique et la séminale des conservées, des mucédinées et autres analogues, il se compose de deux vésicules emboîtées, dont l'intérieure sécrète l'huile butyreuse, et produit en même temps les nombreux globulins intérieurs.

3° Qu'en cet état le globule n'est encore que le germe producteur du *penicillium glaucum*; (cette végétation qui se produit si rapidement et si généralement à la surface de toutes les matières organisées, suffisamment humides), soit directement par l'élongation en boyau de la vésicule interne, soit par l'un des globulins intérieurs après leur émission dans l'espace,

4° Que le *penicillium glaucum*, produit primitivement et immédiatement par le globule du lait, jouit ensuite de la faculté de se reproduire lui-même, concurremment avec le premier moyen, par les boutures de ses tiges désarticulées et par ses séminules globuleuses et terminales.

5° Que le globule du lait, arrêté et accumulé dans les voies lactées des mammelles peut y germer, y pousser ses longues tigellules et occasionner par ces développements filamenteux des obstructions ou des engorgements des mammelles; végétations intestines qui étant en grande partie privées d'air et de lumière, ne peuvent s'étendre jusqu'à la fructification qui a besoin de l'air atmosphérique pour pouvoir se développer, comme, pour citer un seul exemple, les tigellules traçantes et intestines de l'*Oidium Fructi-*

genum, après avoir rampé entre les vésicules du tissu cellulaire de plusieurs sortes de fruits (poires et pommes) soulèvent et percent la cuticule pour venir fructifier en plein air à la surface de leur territoire organisé.

6° Que la végétation filamenteuse du globule du lait, semblable à celle des conferves qui se développent si souvent dans les interstices des tissus des corps organisés morts ou vivants, est encore très-analogue à celle pileuse et simplement végétale qui résulte par extraction du globule et du bulbe, soit naturellement, soit accidentellement, du derme sec et extérieur de la peau, ou du derme humide et muqueux de l'intérieur des voies intestinales.

7° Que tous les globules, soit de la matière organique, soit de cette même matière à l'état d'organisation, sont autant de germes prêts à absorber, à assimiler, à s'étendre et à se transformer dans des limites très restreintes et déterminées à l'avance chaque fois que des stimulations convenables et les aliments nécessaires à leur existence leur sont offerts.

8° Que, quand bien même la preuve de la végétation filamenteuse des globules du lait ne serait pas acquise par le fait, il suffirait de réfléchir un instant sur l'état observé de cette végétation pour éloigner de soi toute idée que, dans la matière qui constitue le globule du lait, il pût exister des germes invisibles, ou tomber accidentellement des séminules de *penicillium glaucum*, si faciles à distinguer sous le microscope.

On ne peut raisonnablement admettre le premier cas, car cela entraînerait à dire aussi que dans le globule ou bulbe du poil, il y a un germe distinct d'où résulte l'extraction pileuse, ce qui serait contraire à la vérité. Le second cas, consistant dans la chute accidentelle de quelques séminules de *penicillium* sur les globules de lait, étant entièrement soumis au hasard, pourrait manquer quelquefois, ou n'offrir le plus souvent qu'un bien petit nombre de séminules, tandis que celui des germinations à la surface de la crême est au moins égal à celui des globules de lait qui, par contiguité, forment cette surface.

On ne peut pas dire davantage que cette immense quantité d'individus de *penicillium* qui se développent presque en même temps, soit le produit de plusieurs générations successives venant originairement de quelques séminules fortuitement apportées, puisque toujours la surface de la crême, comme un champ de blé ou herbe, est entièrement couverte de ces petits végétaux avant qu'aucun d'eux ne fructifie.

Considérations sur la peau et en particulier sur la nature du derme. — M. L. Girou de Buzareingues fils soumet au jugement de l'Académie un mémoire dans lequel il se propose de prouver que le derme représente le système musculaire des animaux inférieurs, et que les poils, les plumes, les écailles des vertébrés sont les analogues du squelette extérieur des invertébrés. M. Girou de Buzareingues se fonde particulièrement sur les rapports de position et de structure de ces diverses parties, sur ce que le système musculaire privé de ses fonctions revêt la forme du derme, et que le derme n'existe que chez les animaux pourvus d'un squelette intérieur

Sur l'emploi des grandes ventouses.— M. Junod transmet à l'Académie plusieurs observations de malades guéris ou soulagés à l'aide des grandes ventouses de son invention Les faits que M. Junod rapporte sont relatifs à des méningites, des hémoptysies, des métrorrhagies, des fièvres intermittentes opiniâtres, des céphalalgies périodiques et des congestions cérébrales. Chez les malades, les membres thoraciques ou abdominaux, ou les uns et les autres à la fois ont été exposés à l'action des grandes ventouses.

Phthisie pulmonaire. — Sous le titre d'*Introduction à des recherches nouvelles sur la nature et le traitement de la Phthisie*, M. Cheneau présente un mémoire manuscrit divisé en deux parties : dans la première, il expose l'étiologie de la maladie d'après ses recherches; dans la seconde ; il fait connaître le traitement qui doit être variable suivant les conditions particulières de l'affection. L'auteur s'attache d'abord à la partie hygiénique de la médication ; il passe ensuite aux éléments pharmaceutiques qui doivent varier selon les cas ; ceux dont il fait usage sont l'acide prussique, la digitale, l'émétique, l'opium, l'aconit, l'acétate de plomb et le fer. Il affirme avoir guéri dix malades atteints de phthisie au troisième degré, à l'aide du traitement mixte qu'il indique.

Structure de la fibre musculaire. — M. Mandl adresse une réclamation en réponse à la lettre de M. Bazin ; il a voulu montrer dans six précédentes communications comment on peut concilier les assertions des divers auteurs qui se sont occupés de ce sujet, en admettant qu'ils ont observé la fibre après qu'elle avait été soumise à une macération tantôt plus et tantôt moins prolongée, et pour cela il a suivi les changements qui s'opéraient depuis le premier jour de macération jusqu'au vingt-cinquième. De cette manière, il a eu d'abord les apparences signalées par M. Bazin, qui du reste n'était pas le premier à en parler ; puis un faisceau de fibrilles considérable, comme en ont vu d'autres anatomistes, mais non M. Ba-

zin qui n'a pas prolongé assez les observations pour obtenir ce phénomène; enfin des globules ainsi qu'en ont aperçu MM. Milne, Edwards, Bauer et d'autres, globules qui sont d'ailleurs bien différents de ceux de la graisse.

Séance du 18 *décembre.* — De l'emploi de l'électricité dans le traitement des affections nerveuses. — Il y a un an environ que M. Magendie a entretenu l'Académie des circonstances relatives à un malade chez lequel il mettait en usage l'électricité dans le but de guérir des accidents d'aphonie et de surdité qui s'étaient manifestés tout-à-coup. M. Magendie reprend aujourd'hui cette observation. Le sujet qu'il présente est un jeune polonais qui, au milieu d'un combat fut renversé de cheval et perdit la voix et l'ouïe. Soumis depuis un an à l'action des courants électriques appliqués directement aux nerfs à l'aide d'aiguilles de platine, ce malade a aujourd'hui l'ouïe aussi fine qu'auparavant. La perte de la voix était telle chez lui qu'il ne pouvait parler à voix basse ; son état s'est encore amélioré en ce sens qu'il est capable d'émettre le son vocal, net et plein ; seulement il ne saurait encore ni le soutenir ni l'articuler. Si le son passe par le nez et non par la bouche, il est plus facilement soutenu, ce qui établit, suivant M. Magendie, l'influence du tuyau porte-voix. Comme la position de ce sujet s'améliore chaque jour, il y a tout lieu d'espérer, dit M. Magendie, qu'il devra à l'emploi de l'électricité une guérison entière et qu'il recouvrera l'usage de la parole comme il a recouvré l'usage de l'ouïe.

M. Magendie n'a pas borné ses expérimentations à ce seul individu, il a employé l'électricité chez un grand nombre de malades atteints d'affections nerveuses, et il s'applaudit chaque jour de la mise en pratique de cet agent dirigé sous forme de courants par l'électro-puncture. M. Magendie annonce en avoir obtenu de bons effets dans le traitement de certaines maladies des sens et dans ces affections douloureuses trop communes, que l'on connaît sous le noms do névralgie. Une seule application de l'électricité a suffi dans certains cas pour enlever immédiatement et définitivement la douleur.

M. Becquerel ajoute à cet exposé fait par son collègue quelques détails sur un homme atteint d'une amaurose presque complète. M. Magendie, au moyen d'aiguilles de platine, a fait passer un courant galvanique dans les nerfs sus et sous-orbitaire. Un temps assez court a suffi pour que la rétine devienne peu à peu sensible à l'impression de la lumière; à trois mois de traitement il y avait déjà une amélioration marquée dans la vue. Le malade jugea nécessaire de retourner dans son pays; il suivit le traitement prescrit

en faisant introduire trois fois par semaine pendant cinq minutes des aiguilles de platine à l'endroit des cicatrices. Aujourd'hui le malade voit assez bien pour se conduire sans guide ni soutien dans la rue.

Ces faits peuvent être ajoutés à ceux que l'on doit au docteur Berlioz (*Edinb. med. and. surg.*, 3 vol., 17, p. 191), à ceux que Mauduyt a insérés dans le *Recueil des Mémoires de l'ancienne Société de médecine* (années 1777, 1778), à ceux que que le docteur Thomas Harris a publiés dans le *American journal of medical sciences* (août 1834, reproduit dans les *Archives générales de médecine*, 2e série, t. 6, p. 271), et à une foule d'autres encore que nous ne saurions mentionner ici. Ce qu'il importe de bien établir lorsqu'on se livre à cette expérimentation, c'est le point de départ de la maladie, c'est sa nature, sa cause prochaine. Or, nous ne voyons pas que M. Magendie se soit occupé de cette circonstance chez le malade polonais dont il a parlé. On sait pourtant qu'on ne triomphera pas d'une paralysie produite par une déchirure cérébrale comme de celle qui se développe sur l'influence d'une compression ou d'une commotion du cerveau. Pour que le fait mentionné par le savant académicien ait quelque valeur, il faut qu'il soit présenté avec détails, il faut que l'on ait la connaissance des accidents que le malade ressentait lorsque, pour la première fois, il fut atteint de cette altération dans les facultés de l'ouïe et dans les organes de la parole. Pour les cas de névralgies que M. Magendie ne fait que mentionner, nous montrerons la même exigence; nous pensons en effet que les douleurs névralgiques peuvent se manifester sous des influences assez différentes, et nous ne saurions admettre que le même traitement fût applicable à toutes les variétés d'une même maladie. Il faut donc préciser les cas.

Académie royale de Médecine.

Séance du 28 novembre. — SYPHILIS. — M. Louis fait, au nom de M. Biett, de M. Jadioux et au sien, un rapport sur un Mémoire du docteur Martins, ayant pour titre : *Essai sur les Rapports qui existent entre les symptômes primitifs de la maladie vénérienne et les affections consécutives de la peau, appelées syphilides.* — M. Louis signale d'abord la divergence d'opinions et l'incertitude qui règne

sur divers points de l'histoire des maladies syphilitiques, et l'intérêt qui doit s'attacher à l'étude de ces affections, et parconséquent au travail de M. Martins. Ce médecin s'est proposé de résoudre par l'observation les questions relatives aux syphilides, et a employé dans ce but la méthode numérique, pensant qu'il n'était guères possible, sans le secours des chiffres, de résoudre des questions de temps, de fréquence, de déterminer les rapports qui existent entre des phénomènes qui se succèdent, etc.

Le travail de M. Martins repose sur l'analyse de soixante faits. Quarante-quatre ont été recueillis à l'hôpital Saint-Louis, dans la division de l'un des commissaires (M. Biett), à l'époque où M. Martins y était attaché comme interne. Les seize autres ont été tirés des auteurs et choisis entre beaucoup d'autres, à raison de leur apparente exactitude et aussi parce qu'ils contenaient les détails nécessaires à l'auteur pour son travail.

Les symptômes primitifs dont il examine les rapports avec les symptômes secondaires, sont la blennorrhagie et les chancres. M. Martins admet l'existence du virus syphilitique, non comme un être réel, mais comme une hypothèse qui aide à lier les phénomènes de la syphilis entre eux, à les expliquer et les faire comprendre

Parmi les formes sous lesquelles peuvent se présenter les syphilides, les formes exanthématiques, vésiculaires, squameuses, se sont rarement présentées à l'auteur, et comme leur véritable nature pourrait donner lieu à des doutes, M. Martins les a négligées, pour ne s'occuper que des syphilides papuleuses, tuberculeuses, pustuleuses et ulcéreuses, formes dont les trois dernières reconnaissent, suivant lui, une origine commune, le tubercule.

— Après ces préliminaires, le rapporteur expose les résultats fournis à M. Martins, par l'analyse de ses observations, sur les questions qu'il s'est proposé de résoudre.

Première Question. *Quel intervalle de temps sépare les symptômes primitifs des symptômes consécutifs.* — « Les opinions des auteurs à cet égard, sont partagées. Les uns croient que les syphilides n'ont aucun rapport avec les symptômes primitifs, d'autres avec MM. Richond et Devergie, n'admettent pas que le virus syphilitique puisse manifester sa présence un grand nombre d'années après avoir été introduit dans l'économie.

« L'opinion contraire a été celle des médecins de toutes les époques, de Nicolas Massa, d'Astruc, de Fabre, de Hunter, de Cullerier ; c'est celle de l'un de vos commissaires. Mais l'in-

cubation du virus syphilitique pendant un nombre d'années souvent considérable, n'est pas un fait assez généralement connu.

« Avant d'exposer le résultat de son observation à cet égard, M. Martins remarque que jusqu'à Benjamin Bell, la blennorrhagie avait été considérée comme un symptôme d'infection tout-à-fait analogue aux chancres : qu'à la vérité, de ce que plusieurs personnes ayant vu la même femme dans l'espace d'une heure, les unes ont eu une blennorrhagie, les autres un chancre, il ne s'ensuit pas rigoureusement que ces deux symptômes sont les mêmes, ou causés par une simple blennorrhagie, si cette femme n'a pas été examinée au spéculum; puisque alors on ignore si elle n'avait pas à la fois une blennorrhagie et des ulcérations placées dans les plis du vagin. Mais l'auteur du Mémoire a vu et traité des personnes qui, n'ayant jamais éprouvé de blennorrhagies, ont eu des symptômes consécutifs; et vos commissaires, l'un d'entre eux surtout, ont constaté des faits semblables; ensorte qu'il n'est pas possible d'exclure la blennorrhagie des symptômes primitifs de la maladie vénérienne.

« Cela posé, dans dix cas de blennorrhagie simple, observés par M. Martins, où il n'y a pas eu d'autre symptôme primitif, les syphilides se sont manifestées après un espace de temps qui a varié de quatre mois à quarante-deux ans; tandis que, dans neuf cas de chancre simple, les syphilides se sont montrées entre deux mois et treize ans, terme moyen après cinq ans et quelques mois, de manière que sept cas se trouvaient au dessous de la moyenne. Une différence analogue a eu lieu dans la complication de la blennorrhagie et des chancres avec les bubons et l'orchite.

« Tous ces cas ont été exposés par l'auteur dans un tableau particulier, et il conclut de la comparaison des faits qui y sont exposés, d'une part, que la complication de la blennorrhagie et des chancres avec d'autres symptômes primitifs accélère l'apparition des syphilides; de l'autre, que cette apparition est plus prompte, de beaucoup, après les chancres qu'après la blennorrhagie.

« Mais quelles sont les circonstances qui amènent les immenses variations dans l'espace de temps qui s'écoule entre les symptômes primitifs et l'apparition des syphilides; c'est ce que nous pourrons conclure plus tard de l'étude des causes occasionnelles.

« D'ailleurs l'intervalle en question n'a pas été le même pour toutes les espèces de syphilides étudiées par l'auteur; en sorte qu'il a été, terme moyen,

Pour les syphilides	pustuleuses.	. . .	7 mois.
Pour les	— papuleuses.	. . .	20 —
Pour les	— ulcéreuses.	. . .	8 ans.
Pour les	— tuberculeuses	. . .	8 —

« Résultats dont quelques uns sont d'accord avec ce qu'on savait déjà, puisque les auteurs s'accordent à regarder les syphilides pustuleuses comme une de celles qui survienuent en même temps ou immédiatement après les symptômes d'infection.

« Et en supposant que les chiffres précédents expriment une loi, il faudrait en conclure avec M. Martins qu'eu égard à la rapidité de leur apparition, les syphilides sont rangées dans l'ordre suivant : papules, tubercules , ulcérations.

Deuxième question. *Quels symptômes primitifs donnent le plus souvent lieu au syphilides?* — « La solution de cette question en supposerait un autre, savoir la connaissance de la proportion existante entre la blennorrhagie et les chancres. Néanmoins, en analysant avec soin, sous ce rapport, les quarantre-quatre faits recueillis par lui, M. Martins en conclut que les chancres sont plus souvent suivis de syphilides que la blennorrhagie, et que la réunion de ces deux symptômes primitifs sur le même individu est de tous les cas celui dont le pronostic est le plus grave.

Troisième question. *Existe-t-il entre la nature des symptômes primitifs et celle des syphilides consécutives un rapport tel que certaines éruptions ne succèdent jamais qu'à tel ou tel signe d'infection?* —« L'affirmative a été soutenue par Fabre, Benjamin Bell, Richard et Carmichael; mais la négative résulte de faits analysés par l'auteur du Mémoire et de beaucoup d'autres observations par l'un de vos commissaires.

Quatrième question. *Quelle est l'influence du traitement et en particulier du mercure sur l'apparition des syphilides?* — « Après avoir indiqué les difficultés du problème et la diversité des opinions des auteurs, M. Martins conclut des statistiques les plus exactes que la science possède sur ce sujet, conclusion à laquelle sont déjà arrivés quelques habiles médecins, que le mercure, employé pour combattre les symptômes primitifs, a une heureuse influence sur la disparition de ces symptômes, mais qu'il ne prévient pas les symptômes secondaires. Il ajoute que, si les symptômes primitifs ont quelquefois paru être aggravés par le mercure, c'est que l'on n'a recours à ce médicament que dans les cas graves; que les symptômes

secondaires viennent après le traitement sans mercure comme après le traitement par le mercure, et dans une proportion qui n'est pas la même, suivant les auteurs, mais qui varie tantôt en faveur du traitement mercuriel, tantôt en faveur du traitement simple; ce qui prouve, dit l'auteur, que ce traitement n'est pas l'agent déterminant qui empêche ou provoque la récidive.

Cinquième question. *Quelle est l'influence du tempérament sur le développement des syphilides?*—« Quelques faits relatifs à des sujets dont l'histoire contient les détails nécessaires pour caractériser le tempérament, persuadent à l'auteur qu'en effet, comme l'ont dit plusieurs médecins, le tempérament lymphatique favorise le développement des syphilides. Mais pour savoir à quoi s'en tenir sur la valeur de cette conclusion, il faudrait, ainsi que M. Martins l'observe lui-même, connaître la proportion du tempérament lymphatique aux autres, et on l'ignore.

Sixième question. *Causes déterminantes de l'apparition des syphilides.* — « L'auteur recherche d'abord quelle est l'influence de la saison ou de la température sur le développement des syphilides. Il remarque que les médecins qui se sont occupés de ce sujet ne sont pas d'accord entre eux, et n'ont pas fait de recherches statistiques pour arriver à la solution du problème, recherches sans lesquelles, on en conviendra, il est néanmoins impossible d'arriver à un résultat démontré. M. Martins l'a fait pour quarante-cinq cas, et il a trouvé que vingt-huit d'entre eux se sont développés en été ou dans les six mois les plus chauds, mai, juin, juillet, août, septembre et octobre, dont la chaleur moyenne générale est, d'après les tableaux dressés à l'Observatoire pendant vingt ans, de seize degrés; tandis que dix-sept cas seulement se sont développés pendant les six mois de froid dont la température moyenne est de cinq degrés et demi. Il entre d'ailleurs dans des détails pleins d'intérêt pour chaque mois de l'année eu égard au développement des syphilides, et il arrive à cette conclusion que non seulement la chaleur favorise plus le développement des syphilides que le froid, mais qu'une température de seize degrés en moyenne, et de trois degrés de froid, aussi en moyenne, suffit pour produire le même effet sur l'économie.

« Les eaux minérales favorisent encore le développement des syphilides; mais est-ce seulement à raison du calorique qu'elles contiennent? On peut se le demander, puisque, d'après les faits observés par l'un de vos commissaires à St-Louis, les bains de vapeurs sollicitent l'apparition des syphilides. D'un autre côté, quelque

eaux minérales, celles de Louëche par exemple, amènent assez fréquemment des éruptions chez des individus non atteints de maladies syphilitiques; en sorte que tout porte à croire que les eaux minérales peuvent agir dans le développement des syphilides, à raison de leur température et de leur composition tout à la fois.

« D'autres causes ont encore été indiquées par les principaux syphiliographes, comme déterminantes de l'apparition des syphilides, entre autres, les fatigues, les diverses maladies, les affections morales : et l'un de vos commissaires a reconnu l'action de ces causes en disant qu'il n'est pas rare de voir la syphilis, restée latente pendant un temps plus ou moins long, faire explosion tout-à-coup, à l'occasion de perturbations physiques et morales qui viennent ébranler l'économie; que des fièvres intermittentes et même éphémères ont plus d'une fois amené des résultats analogues. MM. Cazenave et Schedel parlent encore avec raison de l'action d'une autre cause, les exercices forcés.

« L'affaiblissement, quelle qu'en soit la source, paraît à M. Albers la cause occasionnelle principale des syphilides; et quand les forces sont encore dans leur intégrité, leur développement est déterminé, suivant le même médecin, par un mouvement fébride qui produit un trouble dans l'économie. N'ayant pas recherché les causes occasionnelles dans tous les cas observés par lui, M. Martins a seulement constaté que sur vingt-un d'entre eux, on en compte quatre dans lesquels les syphilides ont été précédées de fièvre simple, tandis que dans les autres le même symptôme avait été devancé par des maladies variées.

« Tels sont, Messieurs, les principaux résultats auxquels M. Martins est arrivé. La méthode suivie par ce jeune médecin est rigoureuse, on ne saurait lui reprocher que d'avoir réuni des objets qui se repoussent; mais aussi la nécessité de ne grouper des faits semblables a rendu quelques uns de ses groupes très peu considérables, et les conclusions tirées de l'analyse d'un trop petit nombre de faits ne peuvent pas être considérées comme des lois.

« Cette remarque, qui n'a pas échappé à M. Martins, ne peut rien diminuer de l'importance de son mémoire, et il serait à désirer que tous les points encore litigieux de l'histoire des maladies vénériennes fussent étudiés de la même manière, avec une aussi complète indépendance d'opinion, une indifférence aussi réelle pour les résultats. De cette manière on ne tarderait pas à voir des notions exactes remplacer des assertions pour le moins hasardées aujour-

d'hui, les différens modes de traitement des symptômes vénériens appréciés à leur juste valeur, et la certitude substituée au doute qui afflige l'esprit de celui qui veut approfondir aujourd'hui l'étendue des maladies vénériennes. Vos commissaires ajoutent que si M. Martins a donné beaucoup de temps à l'observation, il n'en a guère moins consacré à la lecture des auteurs qui ont abordé les questions auxquelles il s'est efforcé de trouver une solution rigoureuse. Leurs opinions sont exposées par lui avec détail, et sur ce point, comme sur beaucoup d'autres, son mémoire ne laisse rien à désirer. »

—Dans le numéro de janvier, nous rendrons un compte détaillé de la discussion importante qui a eu lieu ce mois-ci, sur l'introduction de l'air dans les veines. Dans les séances qui ont suivies celles où M. Bouillaud a lu le rapport de la commission nommée pour assister aux expériences de M. Amussat, ce dernier médecin a exposé le résultat de ces expériences et soutenu de nouveau les opinions qu'il avait émises. MM. Gerdy, Blandin et Velpeau, membre de la commission, ont à leur tour exposé leur opinion particulière sur ces mêmes expériences et ont vivement combattu les doctrines avancées par M. Amussat, et indirectement celles du rapporteur.

VARIÉTÉS.

Prix de la société royale de médecine de Bordeaux.

La société avait proposé en 1836 un prix de la valeur de 300 fr. sur la question suivante :

« Déterminer, d'après le rapprochement des faits empruntés à l'anatomie comparée, aux expériences physiologiques, et surtout à l'anatomie pathologique de l'homme, ce qu'il y a de positif dans la localisation des fonctions cérébrales. »

Le prix n'a pas été décerné ; mais la société a accordé : 1° une médaille de 200 fr. et le titre de membre correspondant à M. Jules Lafargue, élève interne des hôpitaux de Paris ; une médaille de 50 fr. et le titre de membre correspondant à M. le docteur Brière de Boismont.

La société propose, pour le sujet d'un prix de la valeur de 300 francs qu'elle décernera dans la séance publique de 1838, la question suivante :

« Déterminer en vertu de quelles lois s'opère dans l'organisme vivant la production des gaz. Examiner la composition diverse de ces gaz, et les rapports qui peuvent exister entre leur nature et les circonstances sous l'influence desquelles ils se forment. Exposer en particulier l'étiologie de la tympanite, et en déduire, s'il y a lieu, les conséquences relatives à la thérapeutique de cette maladie. »

La société propose pour sujet d'un autre prix de la valeur de 300 fr. qu'elle décernera en 1836, la question suivante :

« Quelle est la meilleure méthode de reconnaître dans l'air atmosphérique les principes étrangers à sa composition intime, ceux principalement qui proviennent des corps organisés? Faire l'application de cette méthode eu particulier à l'analyse de l'air des marais, des prisons, des hôpitaux et des salles de spectacle. »

Enfin la société propose, pour sujet d'un prix de la valeur de 300 fr. qu'elle décernera en 1839, la question suivante :

« Tracer l'histoire de l'affection granuleuse des reins décrite dans ces derniers temps sous le noms de *maladie de Bright*. Déterminer, d'après les faits cliniques et d'anatomie pathologique, les caractères essentiels et le traitement de cette maladie. »

Les mémoires, écrits très lisiblement en latin ou en français, doivent être rendus, franc de port, chez M. Burguet, secrétaire général de la société avant le 15 Juin de l'année où chaque prix doit être décerné.

Réorganisation des Comités historiques au ministère de l'instruction publique.

Par arrêté du ministre de l'instruction publique, en date du 18 décembre, les *Comités historiques* viennent d'être réorganisés auprès des diverses sections de l'institut.

L'allocation annuelle attribuée aux travaux historiques sera répartie par portions égales entre cinq comités, pour être appliqués à des travaux spéciaux.

Le comité des sciences est composé : président, M. Thénard ; MM. Arago, de Libri, Ch. Dupin, Poisson, Chevreul, Adrien de Jussieu, Flourens, Gay-Lussac, Elie de Beaumont, Breschet, Dumas, Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, Orfila, Hippolyte Royer-Collard ; secrétaire, M. A. Donné.

Voici maintenant les attributions particulières du comité des sciences :

Le comité historique des sciences recherche et publie les documents relatifs à l'histoire des diverses branches des connaissances humaines dans notre patrie ; il s'attache principalement à tout ce qui intéresse les sciences physiques, mathématiques, naturelles, médicales ; il explore les travaux propres à en faire connaître les progrès, les migrations, les conquêtes au dehors. Il recherche dans les bibliothèques publiques et particulières les manuscrits des savants français qui sont restés inconnus ; il rassemble les archives et les annales de l'industrie nationale à toutes les époques.

Le comité assiste l'académie des sciences, sur le vœu et d'après les instructions de l'académie, dans les travaux qui ont pour objet l'histoire scientifique de la France.

Concours d'hygiène à la Faculté de médecine de Paris.

Les sujets de thèses ont été tirés au sort le 16 décembre. Les compositions devaient être remises le 30 décembre. Voici les diverses questions échues aux candidats :

MM. Casimir Broussais. Des différents moyens de conservation des substances alimentaires ; comparer ces divers moyens sous le point de vue hygiénique.

Foissac. Comparer la gymnastique des anciens avec celle des modernes sous le rapport de l'hygiène.

Guérard Des inhumations et des exhumations sous le rapport de l'hygiène.

Perrin. Des moyens d'empêcher l'importation des maladies.

Rochoux. Causes qui peuvent rendre insalubres les boissons; moyens de reconnaître cette insalubrité et d'y porter remède.

Trousseau. Des principaux aliments envisagés sous le point de vue de leur digestibilité et de leur puissance nutritive.

Requin. Hygiène de l'étudiant en médecine et du médecin.
Motard. Des eaux stagnantes, et en particulier des marais et des dessèchements.
Royer-Collard. De l'usage et de l'abus des boissons fermentées et distillées.
Briquet. De l'éclairage artificiel sous le point de vue de l'hygiène privée t publique.
Sanson (Alphonse). Hygiène des professions sédentaires.
Piorry. Des habitations privées.
Ménière. Les vêtements et les cosmétiques.

Nous donnerons une analyse de ces dissertations, qui, nous l'espérons, prouveront ce que peut et doit être l'hygiène, étudiée et enseignée dans cet esprit et avec cette méthode positive qui gagnera, avec le temps et les efforts de l'école de Paris, toutes les parties des sciences médicales.

BIBLIOGRAPHIE.

OEuvres chirurgicales de sir A. Cooper, *traduction de* M. Chassaignac et Richelot, deuxième article. (Voy. le nº d'octobre, pag. 264.)

Dans les sciences telles que la pathologie où l'observateur ne peut à volonté reproduire les faits qu'il veut étudier, il doit nécessairement s'écouler de longues années, avant que l'histoire d'une maladie soit complète, avant même qu'un précepte thérapeutique soit établi d'une manière incontestable. C'est là un fait qui résulte bien manifestement de l'étude des doctrines relatives à la gangrène de l'intestin dans les hernies. Depuis les travaux de l'ancienne Académie de chirurgie qui démontrèrent la possibilité de la guérison de cet accident sans anus contre nature, et la guérison spontanée de l'anus contre nature lui-même ; depuis ceux de Scarpa qui en découvrit le mécanisme, jusqu'aux recherches qui ont montré qu'on pouvait réusir là où la nature était impuissante, il a fallu le concours d'un grand nombre d'intelligences et même de plus d'un homme de génie pour amener la science au point où elle est arri-

vée, et cependant bien des points restent encore en litige. Dans le chapitre qu'A. Cooper consacre à la gangrène de l'intestin, se trouvent résolues la plupart des difficultés qu'offre la pratique. Nous signalerons surtout les observations sur lesquelles se fonde l'auteur pour recommander le débridement dans tous les cas, et l'ouverture de l'intestin quand il est gangréné dans une grande étendue. A. Cooper avait pensé d'abord que, quand il n'y avait pas d'adhérences de l'intestin et que la gangrène occupait une petite partie de la circonférence du viscère, on pourrait pratiquer des points de suture. Un grand nombre d'expériences, relatées dans son ouvrage, montrent la possibilité de la réussite chez les animaux; l'observation lui a fait toutefois rejeter chez l'homme l'emploi de ce moyen. Cette conclusion est certainement prématurée, nous renvoyons les lecteurs des *Archives* à un travail publié dans un des numéros de cette année où ils trouveront plusieurs exemples de succès. D'ailleurs A. Cooper lui-même, dans un cas où l'intestin avait été blessé par le bistouri, a prévenu tout accident en saisissant avec une pince les lèvres de la plaie et en entourant d'une ligature de soie tout le champ de la division. Il faut remarquer aussi que dans la proscription qu'A. Cooper fait de la suture intestinale, il ne s'agit pas des procédés qui consistent à mettre en contact les séreuses avec elles-mêmes et dont la découverte date de ces dernières années,

A. Cooper rapporte aussi plusieurs exemples de tentatives infructueuses faites pour guérir, par la suture de la peau, des fistules stercorales. Il pense qu'on pourrait essayer le procédé autoplastique qui lui a réussi dans un cas de fistule urétrale. Depuis la publication de son livre, ce procédé a été mis en usage et il a échoué plusieurs fois comme la suture simple. On sait que M. Velpeau l'a remplacé avec avantage par un procédé qui lui est propre.

Nous regrettons de ne pouvoir suivre l'auteur dans les pages suivantes, consacrées aux diverses espèces de hernies. L'analyse que nous avons faite des premiers chapitres, suffira pour donner une idée de la manière dont est conçu ce traité éminemment pratique. Nous citerons cependant parmi les observations intéressantes qui s'y trouvent en grand nombre, celles de hernie enkystée de la tunique vaginale, de hernie de la grande lèvre (*pudendal hernia*) que Scarpa regarde comme des hernies du périnée; un exemple de hernie dans l'échancrure sciatique qui est peut-être le seul dont l'anatomie soit donnée d'une manière satisfaisante, etc. Ce traité a

été traduit sur l'édition a laquelle Aston Key a ajouté des notes nombreuses.

Nous ne nous arrêterons pas long-temps sur le traité des maladies du testicule. Des extraits partiels insérés dans ce journal, il y a plusieurs années, puis la dissertation de M. A. Bérard en ont vulgarisé les doctrines parmi nos chirurgiens. Mais il ne faut pas oublier que nulle part, avant le travail de A. Cooper, l'encéphaloïde et le squirrhe de l'organe n'avaient été décrits avec autant d'exactitude. L'histoire des tumeurs enkystées, des divers engorgements simples de l'organe ne lui est pas moins redevable. Un fait qui atteste l'exactitude des observations de A. Cooper, c'est ce qu'il dit des engorgements scrofuleux. Il insiste particulièrement sur le caractère de ces abcès qui se prononcent sur un point, s'ouvrent, se vident, laissent des fistules ou se ferment, mais sont alors remplacés par des tumeurs analogues sur d'autres points de l'organe. C'est bien là l'affection tuberculeuse telle qu'on l'a décrite depuis. Il ne manquait à A. Cooper pour être parfaitement exact qu'une connaissance précise de la nature de la maladie. Il aurait été à désirer que les traducteurs eussent ajouté ici une note pour compléter ce point de doctrine.

Un des chapitres les plus riches en faits intéressants, c'est celui de l'hématocèle, maladie beaucoup plus commune qu'on ne croit généralement, et qui, par les transformations successives qu'elle éprouve peut donner lieu a de nombreuses erreurs. Dans les pages consacrées à l'hydrocèle, on trouvera quelques doctrines particulières à l'auteur. On doit citer surtout ce qu'il dit des suites de l'injection. « Cette opération exige rarement qu'on garde le lit plus de quelques heures ; quelquefois, cependant, le repos absolu est nécessaire pendant une semaine : mais en général, les malades peuvent vaquer à leurs affaires après le quatrième jour. » La pratique des chirurgiens français est tout à fait différente, leurs malades sont condamnés à un repos absolu pendant un temps bien plus long. Il faudrait savoir si dans les opérations de A. Cooper, il y a plus d'insuccès que parmi celles qui se pratiquent dans nos hôpitaux.

Tout ce livre est d'ailleurs, comme le *Traité sur les maladies du sein*, une belle étude d'anatomie pathologique. Or c'est en chirurgie surtout que cette science est indispensable. Indépendamment des lésions mécaniques où la thérapeutique est immédiate et n'a de succès qu'autant que l'on connaît l'espèce et le mode du dérangement survenu dans l'organisme, on retire, pour se servir des propres expressions de A. Cooper « de grands avan-

tages de l'étude des productions morbides et de la comparaison de leur dispositions internes avec leur caractère extérieur, ainsi qu'avec les symptômes auxquelles elles donnent naissance. » C'est là ce qui permet de distinguer les affections curables de celles qui sont au-dessus des ressources de l'art ; celles qui sont légères de celles qui sont accompagnées de danger ; celles qui réclament une opération chirurgicale de celles qui peuvent se soustraire là l'emploi de ce moyen ; celles enfin pour lesquelles il n'est besoin que d'une opération légère de celles qui en demandent de graves.

Nulle part cette étude n'était plus nécessaire que pour les affections du sein, dont on confond un grand nombre sous le nom de cancer.

Sir A. Cooper en distingue trois classes A la première se rattachent celles qui sont la conséquence d'une inflammation franche, aiguë ou chronique. Il étudie en outre, sous ce chef, l'accumulation du lait dans l'un des conduits galactophores à la quelle il donne le nom d'engorgement laiteux et qu'il a observée plusieurs fois. Cette affection était peu connue ; Boyer n'en rapporte qu'un exemple observé par Wolpi et Scarpa. A. Cooper la compare avec justesse à la grenouillette. Dans cette dernière maladie il y a obstruction du canal de Warthon, accumulation de la salive. Dans l'engorgement laiteux, l'accumulation du lait résulte de l'obstruction de l'un des conduits galactophores.

Cet engorgement se présente d'ordinaire sous forme d'une tumeur fluctuante et devient si elle acquiert un grand volume le siège d'une douleur tensive. C'est ordinairement peu de temps après l'accouchement qu'elle se manifeste ; à cette époque une ponction en fait sortir du lait pur. Dans un cas, A. Cooper n'a été appelé qu'un an après l'accouchement, la tumeur avait acquis le volume d'une orange, et était le siège de douleur peu intenses. Après y avoir reconnu une sensation obscure de fluctuation, il y pratiqua une ouverture avec la lancette et en fit sortir six onces d'un *coagulum blanchâtre* nageant dans une petite quantité de *sérosité citrine*. Chez la malade déja cité de Scarpa, le lait n'avait subi aucun changement appréciable, bien que la tumeur existât depuis quatre mois. Dans l'observation d'A. Cooper, l'écoulement du liquide persista pendant trois jours, au bout desquels il cessa complètement. A. Cooper pense qu'en général, après la ponction qu'on a faite à des tumeurs de ce genre, il faut empêcher l'ouverture de se fermer si l'on ne veut voir la collection laiteuse se reproduire ; il vaut mieux même pour prévenir tout accident, faire

une ouverture un peu large. Mais on doit alors s'attendre de même que dans les cas où une fistule s'est établie spontanément, à la voir rester béante jusqu'au moment où la malade tarira la source de l'écoulement en sevrant son nourrisson. Ces observations se rapprochent comme on le voit, de celle que M. Bonnet a publié dans ce ce journal, sur les fistules des conduits du lait, il y a quelques années.

Dans la troisième classe, l'auteur anglais range les maladies de nature cancéreuse liées à un vice général de constitution; savoir: *le squirrhe* et *le cancer fongoïdal*. Il ne ne les étudie pas dans cet ouvrage.

Dans sa seconde classe enfin, il range les maladies qui proviennent d'un travail spécifique, mais qui n'ont ni caractère cancéreux ni tendance envahissante. C'est peut être la partie la plus neuve et la plus intéressante du livre.

On y trouve l'histoire des *tumeurs enkystées*, sur lesquelles on trouve à peine quelques mots dans les auteurs classiques. A. Cooper en décrit trois espèces sous le nom de maladie hydatique de la mammelle. La première espèce est constituée par une tumeur en partie solide et en partie liquide; la partie solide est le résultat d'un épanchement fibreux dans les interstices du tissu glanduleux de la mammelle; la partie liquide tantôt séreuse, tantôt analogue à du mucus est contenue dans des kystes développés dans cette masse fibreuse. L'intérieur de ces kystes renferment de petits globules arrondis, suspendus par de petits filaments qui au premier aspect donnent l'idée de petits kystes, tandis qu'ils sont constitués par du tissu cellulaire comme infiltré. Le volume de ces kystes varie beaucoup, car leurs parois très vasculaires sont susceptibles d'une grande distension. C'est là ce que le chirurgien anglais appelle *Hydatide celluleuse* de la mammelle. Comme seconde espèce il décrit une tumeur fort analogue à celle dont il vient d'être question; seulement dans chacune des cellules était suspendue une grappe de tumeurs semblables à des polypes soutenus par un petit pédicule; les petits appendices paraissent nager dans le liquide au sein duquel ils étaient plongés dans chaque kystes. D'autres petits kystes perlé, d'un volume et de la forme d'un grain d'orge, nageaient dans le liquide. A. Cooper n'a vu qu'un cas de cette espèce qui n'offre pas d'allienrs de symptômes différents de ceux de l'hydatide celluleuse et qui est également une maladie toute locale. Elle peut en effet durer des années sans altérer la constitution. Dans leur première période, elles pour-

raient être confondues avec l'engorgement chronique du sein. Plus tard on y perçoit de la fluctuation. Le moyen le plus sûr d'éviter toute erreur est alors la ponction du kyste qui fait reconnaître, par la nature du fluide qui s'écoule, celle de la tumeur elle-même. A. Cooper pense qu'on pourrait toujours distinguer les kystes des squirrhes, à leur dureté moins considérable, à l'absence de douleurs lanciuantes et d'altération de la santé générale, mais on sait fort bien que ces derniers caractères manquent souvent dans le squirrhe, et l'auteur lui-même cite un cas de véritable squirrhe du sein compliqué d'hydatides. Dupuytren avait observé des cas de ce genre. Ce ne sera donc que dans les cas où le kyste sera considérable et la fluctuation manifeste, qu'on pourra arriver à un diagnostic précis : et dans ce cas seulement le diagnostic sera tout à fait nécessaire car s'il n'y qu'un kyste volumineux, la ponction pourra suffire comme A. Cooper l'a vu plusieurs fois, pour produire une guérison complète. Lorsqu'au contraire la multiplicité des kystes, leur peu de volume, auront rendu le diagnostic difficile, l'ablation de la tumeur seul moyen de guérison définitive pour les kystes comme pour le cancer, lèvera tous les doutes et éclairera le chirurgien sur la nature de la maladie et sur son issue probable. L'auteur donne le précepte de ne laisser aucune portion de la tumeur dans la glande, car elle se reproduirait infailblement (1).

(1) Cette remarque une fois vérifiée, on ne pourra plus admettre le fameux axiome de Boyer, et la récidive d'une tumeur ne suffira plus pour prouver quelle est nécessairement de nature cancéreuse.

Les kystes dont nous venons de donner l'histoire peuvent quelquefois s'ouvrir d'eux-mêmes et guérir ainsi spontanément ; plus souvent, ils ont donné lieu à des fistules. La troisième espèce d'hydatide décrite par A. Cooper est la véritable hydatide globulaire, qu'on a observée au sein comme ailleurs. Elle est aussi difficile à reconnaître, car elle est souvent entourée d'une masse indurée ; cependant la fluctuation finit par se manifester. Le chirurgien anglais veut qu'on la traite par ponctions, ou bien qu'on y passe un séton, pour déterminer l'émination du sac. Quelquefois, de même que les kystes ordinaires, l'hydatide véritable du sein guérit spontanément; c'est quand la pression qu'elle exerce sur les parties environnantes détermine leur inflammation, et qu'à travers la perforation de la peau qui suit l'abcès l'hydatide s'échappe. On conserve un cas de ce genre dans la collection de l'hôpital de Saint-Thomas.

La description de la *tumeur mammaire chronique* n'est pas moins nouvelle que celle des tumeurs enkystées. Cette affection est caractérisée par le développement d'un tissu cellulo-fibreux lobulé, à la surface de la glande mammaire à laquelle il adhère par un prolongement mince de tissu glandulaire. Il est à regretter qu'Astley Cooper ait laissé quelque chose à désirer dans la description des caractères physiques de cette production nouvelle. Pour symptômes, elle offre une mobilité extrême en tous sens, une surface lobulée inégale, non douloureuse à la pression. Elle se manifeste en général chez des femmes qui n'ont pas passé trente ans. Elle peut persister de longues années sans acquérir jamais un volume considérable et et sans altérer en rien la santé générale. Elle n'a donc aucun rapport avec le squirrh. Cependant A. Cooper dit que chez quelques femmes vers l'âge critique, ces tumeurs peuvent subir une dégénération. Mais survenant chez de jeunes personnes avec les caractères extérieurs que nous avons indiqué, elle n'offre aucun danger, elle disparait même quelquefois sous l'influence de la lactation. Si elle persiste et qu'on l'enlève on n'a point à craindre de suites fâcheuses la guérison sera radicale.

A cette dernière classe se rattachent encore la tumeur adipeuse, l'hypertrophie du sein; la tumeur scrofuleuse qui ne paraît être autre que l'affection tuberculeuse de l'organe. La névralgie de la mammelle, à laquelle A. Cooper donne le nom de tumeur irritable, parce que dans quelques cas la douleur est occasionée par de petites tumeurs fibreuses qui aujourd'hui sont décrites sous le nom de tubercules nerveux sous cutanés : enfin l'ecchymose de la mammelle, qui, chez certaines personnes mal réglées, survient à chaque époque menstruelle, et les tumeurs osseuses et cartilagineuses dont il rapporte un exemple.

Cette abondance de matériaux sur des affections aussi peu connues que celles que nous venons d'indiquer, prouve que de nombreuses erreurs de diagnostic ont dû être commises par les praticiens qui ont précédé l'auteur anglais, et qui n'en ont point parlé. Les caractères différentiels sont en effet si difficiles à établir dans beaucoup de cas que A. Cooper lui même avoue s'être trompé plus d'une fois. Aussi plus d'un chirurgien devra à ce livre d'avoir évité des erreurs et des fautes dans la connaissance et le traitement des affections du sein. Cet ouvrage est loin cependant d'être complet; mais comme le prévoit A. Cooper lui même, il attirera l'attention des chirurgiens sur ce point et ne sera pas inutile à l'avenir de la science.

Il nous resterait à parler des nombreux mémoires qui forment la dernière partie de la traduction des œuvres de A. Cooper. La multiplicité des sujets qu'ils embrassent, nous défend d'en essayer même l'indication. Rappelons seulement que les ligatures des artères sous-clavières et carotides, ont été pratiquées pour la première fois par le chirurgien anglais, et que plusieurs des mémoires dont il est ici question, ont pour objet les travaux qui l'ont conduit à ces opérations aujourd'hui si fréquemment usitées, ainsi que l'historique de ses premières tentatives.

Nous terminerons donc ici ce qu'il nous est permis de dire des œuvres de ce grand praticien. Il ne serait pas difficile sans doute de trouver dans des travaux si étendus, plusieurs points qui pourraient prêter à la critique. On pourrait surtout reprocher à l'auteur l'absence de détails importants dans un grand nombre d'observations et particulièrement dans celles qui ont pour objet les maladies des os. Mais il faut remarquer qu'en général chacune de ces observations incomplètes, sert à établir quelque point de doctrine, et que, content d'en avoir tiré parti, l'auteur néglige seulement de parler au lecteur des autres circonstances de la maladie. Ces lacunes rendent certainement un grand nombre de faits inutiles pour les travaux à venir, mais elle leur ôtent peu de valeur sous le rapport du but dans lequel A. Cooper les emploie.

Souvent aussi la mise en œuvre des matériaux, que l'auteur possède n'est pas faite avec tout le soin désirable, A. Cooper, comme nous l'avons dit, s'inquiète trop peu de la forme; ce qui l'amène à émettre des opinions qu'au premier coup-d'œil on pourrait croire sans fondement, tandis qu'une présentation plus logique des faits eût suffi souvent pour faire entrer la conviction dans l'esprit du lecteur.

Quoiqu'il en soit, nous n'hésiterons pas à dire que cette publication menée à fin avec tant de peine par MM. Chassaignac et Richelot est un des plus grands services qu'on ait rendus depuis long-temps aux études chirurgicales en France, et qu'elle ne peut manquer d'avoir une grande influence sur la pratique.

A. Godin.

Dissertatio inauguralis medica, sistens processus vermiformis anatomiam pathologicam. Auct. Fr. Merling. *M. C. D. Heidelb.* 1826. planches.

On trouve dans ce travail l'indication de la plupart des faits qui ont été publiés sur les anomalies et les maladies de l'appendice iliocœcal. L'autenr y a joint le récit de plusieurs faits qu'il a recueillis lui-même ou qui lui ont été communiqués par le profes. Tiédeman. On y trouve entre autres deux observations d'étranglement de l'appendice dans une hernie. Dans le premier cas la malade fut opérée et guéri; dans le second la petitesse de la hernie qui ne faisait pas do tumeur à l'extérieur empêcha de reconnaître la cause des symptômes et la malade mourut. L'appendice était gangrénée dans le canal inguinal. Un troisième cas est également rapporté comme observation d'étranglement de l'appeudiee. Mais ce n'est évidemment que d'après le peu d'intensité des accidens que l'on a pu porter le diagnostie. La partie la moins compléte de cette dissertation est celle ou il est question des perforations de l'appendice. Il n'y a en quelque sorte que des indications sur ce sujet.

Manuel des eaux minérales naturelles, contenant l'Exposé des précautions qu'on doit prendre avant, pendant et après l'usage des eaux minérales, la description des lieux et des sources; les analyses chimiques les plus récentes; les propriétés médicales, le mode d'administration des eaux minérales de France, des eaux étrangères les plus célèbres, et des bains de mer, par Ph. Patissier, membre de l'Académie royale de médecine et Boutron Charlard, pharmacien et membre de la même Académie. Deuxième édition entièrement refondue, avec une carte des eaux minérales. (Paris 1837, in-8°.)

Lorsque la première édition de cet ouvrage parut en 1818, on pensa généralement que l'auteur, quoique bien jeune encore, avait comblé une lacune depuis longtemps sentie daus la bibliothèque du praticien. Le travail de M. Patissier fut donc accueilli avec faveur. Depuis ce temps-là, l'histoire des eaux minérales s'est enrichie de beaucoup de recherches physiques et chimiques, de la découverte de nouveaux corps, de nombreuses analyses et d'ex-

périences plus nombreuses encore sur l'action thérapeutique de ces sources salutaires. L'auteur, dont le talent s'est muri et l'expérience accrue, a bien compris qu'en faisant de nouveau imprimer son livre, il fallait non-seulement l'augmenter des nouvelles acquisitions de la science, mais encore lui donner une forme plus sévère et plus rigoureuse. Considéré sous ce point de vue, le *Manuel des eaux minérales* est un ouvrage tout à fait nouveau: afin qu'il ne laissât rien à désirer, M. Patissier s'est adjoint un pharmacien distingué qui s'est occupé spécialement de la partie physique et chimique des sources minérales, tandis qu'il s'est efforcé de son côté d'en faire mieux connaître l'histoire et les propriétés médicales. De cette association est résulté un travail complet qui n'a pas le désavantage, si commun dans ces sortes de matières, de présenter une partie faible et d'emprunt à côté d'une partie originale bien conçue et bien exécutée. Telle est l'idée qu'on ne peut manquer d'avoir de ce traité lorsqu'on aura lu ce qui a rapport aux principales généralités des eaux minérales, comme leur action thérapeutique la mieux constatée sur tel ou tel appareil d'organes, telle ou telle maladie; le danger de ces mêmes eaux dans des cas particuliers, les précautions qu'il faut prendre, les règles d'hygiène qu'il convient d'observer, les accidents qui peuvent survenir aux buveurs peu dociles aux prescriptions des gens de l'art, ou qui s'en affranchissent totalement, point beaucoup plus important qu'on ne le croit généralement même parmi certains praticiens.

Pour rendre la comparaison des différentes eaux minérales plus facile et plus rigoureuse sous le rapport de leur composition chimique, les auteurs ont adopté une mesure de poids et de capacité uniforme; ils ont fixé par exemple, la quantité d'eau analysée pour chaque analyse à un litre; ils ont converti les grains en grammes et exprimé en volume les différents gaz, qui généralement étaient évaluées au poids. Ils ont aussi établi des rapports entre les grains et les grammes, les divers thermomètres à l'usage de ceux qui n'auraient pas cette conversion présente à l'esprit; les rapports se trouvent exprimés dans plusieurs tableaux synoptiques qui seront consultés avec avantage et pourront dispenser de calculs et de recherches comparatives ceux qui voudront rapprocher les eaux minérales et déterminer la force de leur action respective d'après leur composition.

Cet ouvrage est d'une exécution très-simple: après les généralités dont nous venons de parler, et qu'on lira avec beaucoup d'in-

térêt parce qu'elle sont rapport aux eaux minérales considérées en masse, les auteurs traitent des eaux minérales en particulier divisées en *sulfureuses*, thermales et froides; en *acidules* chaudes et froides; en *ferrugineuses acidules* également variables par leur températures; en *salines* froides et thermales.

Ils ont ajouté à la fin un *Précis sur les Eaux minérales artificielles*, la copie d'une ordonnance royale de 1833 qui régit les établissements d'eaux minérales, naturelles et factices; une liste (par départements et par établissements) des médecins inspecteurs des eaux minérales de France en 1837.

Enfin, deux tableaux synoptiques très-différents par leur objet, mais également intéressants : L'un fait connaître le montant des dépenses évaluées en argent dont les buveurs enrichissent chaque source minérale; on jugera que les établissements ne sont pas sans importance pour les localités, quand on saura par exemple, que les malades ont laissé à Vichi en 1836, la somme de cinq cent cinquante mille francs; et que la totalité des sommes dépensées en France, s'élève à plus de cinq millions cinq cent mille francs.

Le second tableau renferme l'indication statistique des eaux minérales de France classées par départements.

D'après ce tableau, il existe en France cinq cent quatre-vingt-seize localités où l'on trouve des eaux minérales sans compter notre colonie d'Alger.

Ce nouveau traité des eaux minérales composé avec soin et aussi complet qu'il semble possible de le faire, ne peut manquer d'être bien accueilli par les médecins, qui dans le cours de leur pratique ont si souvent besoin d'être éclairés sur la composition, les propriétés médicales et même les inconvénients des eaux minérales. Si la première édition du *Manuel* de M. Patissier a eu un succès honorable, cette seconde, bien supérieure à la première par son exécution et enrichie des recherches d'un chimiste habile, doit avoir un succès plus flatteur encore pour les auteurs.

J. Bricheteau.

De la Perpétuité de la Médecine, ou de l'Identité des principes fondamentaux de cette science, depuis son établissement jusqu'à présent, par le professeur Lordat. — Paris, 1837, in-8°, p. 338. — Chez Germer-Baillère.

Prouver que la science médicale repose sur des bases solides

contre l'opinion de quelques novateurs qui déclarent nuls les enseignements donnés pendant vingt-deux siècles; établir comment ces novateurs n'ont pas bien connu les idées essentielles, fondamentales, constitutives de la médecine interne qu'ils ont eu l'intention de renverser; démontrer que le corps complet de la médecine, comme toutes les sciences naturelles, se compose de propositions inattaquables et de propositions caduques; faire entre elles une ligne de démarcation au moyen des procédés de la logique; donner une classification des diverses hypothèses qui ont eu cours jusqu'aux temps actuels, les apprécier à leur juste valeur, indiquer Hippocrate comme le fondateur de l'empirisme raisonné, définir la maladie et la rattacher à l'un des six ordres qui suivent; 1° maladies provenant d'altérations du mécanisme; 2° maladies paratrophiques; 3° maladies vitales par réaction; 4° maladies cachectiques; 5° maladies récorporatives; 6° affections morbides; déduire de ces considérations préliminaires quelques conséquences sur la division des affections morbides, sur la distinction des fièvres, sur les complications des maladies, sur leurs causes, sur le traitement qu'il faut leur opposer; faire connaître les bases de toute étude consciencieuse en médecine, telle est la tâche que M. le professeur Lordat s'est efforcé d'accomplir.

Le livre qu'il vient publier peut être considéré comme un manifeste en réponse aux doctrines émises par M. le professeur Bouillaud dans le discours qu'il a prononcé à l'ouverture de son cours de clinique de 1835. On sait que M. Lordat a marqué dans la science par le zèle qu'il a mis à défendre les doctrines de Barthez; son ouvrage sur la perpétuité de la médecine est empreint des mêmes opinions, aussi pensons-nous qu'il est convenable d'en prendre connaissance lorsqu'on veut étudier la médecine au point de vue dogmatique et philosophique.

Traité des études Médicales, ou de la manière d'étudier et d'enseigner la Médecine, par M. Dubois (d'Amiens).—Paris, 1838. in-8°, p. 624. Chez Labé.

Sous ce titre, M. Dubois (d'Amiens) vient de mettre au jour un ouvrage volumineux dans lequel il trace avec soin un plan d'études méthodiques à suivre pour tous ceux qui aspirent au titre de médecin. M. Dubois a reconnu que si les élèves rencontrent tant d'obs-

tacles, tant de difficultés dans les travaux auxquels ils sont tenus de se livrer, c'est qu'ils ne procèdent point avec méthode dans la carrière laborieuse qui leur est ouverte. Prenant même ce mal à son origine, il établit que la distribution de l'enseignement n'est pas régulièrement coordonnée, et c'est pour payer son tribut aux corps enseignants dont il fait partie que M. Dubois a cru devoir exposer ses opinions à ce sujet.

«Il ne suffit pas d'étudier, il faut encore bien étudier; il ne suffit pas de savoir où l'enseignement est divisé semestre par semestre, mais comment on doit réagir intellectuellement sur cet enseignement, comment et dans quel ordre on doit l'accepter; il est souvent plus difficile de refaire de bonnes études après en avoir fait de mauvaises, que de s'y livrer pour la première fois avec méthode et dans de bonnes dispositions. »

C'est en quelques mots seulement que nous voulons donner à nos lecteurs une idée du traité de M. Dubois. Il s'attache d'abord à démontrer la nécessité d'une bonne éducation première, de la connaissance des langues anciennes pour le médecin; il veut que l'élève se livre d'abord à l'étude des sciences physiques, puis à celle des sciences naturelles) qu'ayant acquis de l'aptitude aux sciences médicales, il se pénètre successivement des faits de l'anatomie, de la physiologie, de l'hygiène, de la pathologie, de la pathologie générale, de la clinique, de la thérapeutique, de la pharmacologie, de la matière médicale, de la médecine opératoire, de l'histoire de la médecine et de la médecine légale.

M. Dubois désirerait que l'enseignement fait à la faculté des sciences, au Muséum d'Histoire naturelle et à la Faculté de médecine de Paris fût tellement coordonné que les élèves pussent profiter de tant de cours qui ont lieu durant l'année scholaire dans l'Université de Paris.

Nous ne pouvons discuter ici l'ordre que M. Dubois adopte dans l'exposition des diverses matières qui doivent faire partie d'un cours complet de médecine; peut être pourrait-on lui faire subir quelques modifications; mais au reste, nous pensons que son livre doit être considéré comme une bonne introduction à l'étude de la médecine, et c'est à ce titre que l'on en peut recommander la lecture.

Nouveau Manuel des Dermatoses ou Maladies de la peau, classés d'après la méthode de M. L. professeur ALIBERT, *avec la synonymie de* WILLAN *et la concordance des différentes méthodes employées par nos meilleurs auteurs*, MM. BIETT, CAZENAVE *et* SCHEDEL, GIBERT *et* RAYER, *suivi d'un formulaire pour la préparation des médicaments employés à l'hôpital St.-Louis, à l'usage des hôpitaux et des élèves en médecine*, *par* L. V. DUCHESNE DUPARC, D. M. P. *ancien interne de l'hôpital St.-Louis*. Paris, 1837, 1 vol. in-18, chez LABÉ.

Sans rechercher, avec M. Duchesne, si le temps des manuels est effectivement passé, et s'il aurait jamais dû exister, nous nous bornerons à reconnaître, que son ouvrage réunit les différentes qualités que l'on peut exiger de ce genre de publication. L'auteur pendant ses années d'internat à l'hôpital St.-Louis, a étudié par lui-même, et avec fruit, le sujet dont il traite, et a su, grâce à un esprit juste et concis, résumer avec clarté, à l'aide de sa propre expérience, les principes sur lesquels M. le professeur Alibert a fondé sa méthode dite naturelle. Le petit ouvrage de M. Duchesne Duparc ne peut qu'être fort utile aux élèves qui désirent étudier ce système de clarification, et il leur offre, en outre, une synonimie, que nous avons vue avec regret disparaître dans la seconde édition du traité des maladies de la peau par MM. Cazenave et Schedel. Nous aurions désiré toutefois, que M. Duchesne Duparc suivît moins exactement les pas de son ancien maître, eût indiqué avec plus de détails et plus d'appréciation les modications que d'autres dermatologistes, et certes, lui-même, dans sa pratique, ont apporté au traitement suivi par M. Alibert, dans certaines affections cutanées.

FIN DU TOME XV DE LA DEUXIÈME SÉRIE.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES DU TOME XV.

DEUXIÈME SÉRIE DES ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.



FIN DE LA TABLE DU TOME XV

IMPRIMERIE DE MIGNERET, RUE DU CHERCHE-MIDI, 58.